PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO ŁÓDZKIEGO

ZA ROK 1931

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia w dniu 21. stycznia 1931 r.

1. Kol. H. Kryszek przedstawia 56-letniego chorego *z odmą samoistną*. Odma powstała przed 5 laty; podniósł wtedy chorą matkę i przeniósł ją na łóżko; nie odczuł po tym wysiłku fizycznym żadnego bólu; odmę spostrzeżono przypadkowo przy badaniu chorego z powodu innego schorzenia; chory przez całe pięć lat nie odczuwał żadnych dolegliwości. Ani w wywiadach, ani zapomocą Roentgena, ani przy badaniu fizykalnem nie stwierdzono zmian gruźliczych. Stwierdzono natomiast przewlekły nieżyt oskrzeli, przemieszczenie serca w prawo oraz *Emphysema pulmonum bullosum*, która w tym przypadku była przyczyną odmy samoistnej.

2. Kol. L. Szyfman przedstawił chorego 27-letniego ze *stenosis aortae*. Chory czuł się zawsze dobrze, nie uważał się za chorego; rzadko tylko zdarzały się omdlenia. Przy obmacywaniu w drugiem międzyżebrzu po stronie prawej wyczuwa się *frémissement;* szmer skurczowy najlepiej słyszalny w drugiem międzyżebrzu po stronie prawej; drugi ton w tem miejscu słabo słyszalny. Roentgen potwierdził rozpoznanie.

W dyskusji zabierał głos kol. Bender.

3. Kol. Józef Kon wygłosił odczyt pod tytułem: *„Nowe zdobycze nauki o krzywicy"* (praca ukaże się w druku).

Dyskusja: Kol. Mogilnicki nie zgadza się z poglądem prelegenta; krzywica nie jest chorobą rosnącego organizmu; przemawia za tem to, że organizm rośnie długo, a krzywica bywa u dzieci do 2-ch lat; rzadko zjawia się w pierwszych miesiącach, najczęściej po 6 miesiącach życia, kiedy mamy wzrost wolniejszy; zwierzęta wolnorosnące nie mają krzywicy; krzywica nie jest również awitaminozą; witamina D i naświetlania nie zawsze pomagają; należy zmienić istnienie konstytucyjnego usposobienia do krzywicy u dzieci. Działanie słońca musi być inne, niż działanie promieni pozafiołkowych. Dziecko, które bywa na powietrzu z twarzą odkrytą, rzadziej zapada na krzywicę. Promienie pozafiołkowe i ergosteryna są tylko namiastką słońca.

Kol. Frenklowa. Aczkolwiek krzywica jest chorobą rosnącego organizmu, jednakże krzywica powstaje i u starszych dzieci, tak zwana *rachitis tarda*. Przy zahamowaniu wzrostu dzieci nie spotyka się krzywicy. Pfaundler nazywa krzywicę skazą konstytucyjną degeneracyjną. Leczenie krzywicy zapomocą naświetlania i ergosteryny należy uważać za największe zdobycze

lecznictwa. Ważniejszym jednak problematem, niż leczenie, jest profilaktyka krzywicy. Wyleczyć krzywicę można prawie zawsze, nie zmieniając nawet warunków życia dzieci krzywiczych. Dawki zapobiegawcze tranu są zbyt małe; działanie tranu jest 500 razy słabsze niż wigantolu.

Kol. Gliksman zapytuje, czy zmiany w tkauce kostnej u dzieci rachitycznych po leczeniu ulegają poprawie. Wspomina o naświetlanem mleku sproszkowanem, które z dobrym skutkiem stosuje się we Francji.

Kol. Kocen zapytuje, jak przedstawia się obraz krwi w krzywicy i jak wpływa naświetlanie na obraz morfologiczny krwi u krzywiczych.

Kol. Praszkier uważa, że niema dowodów na to, iż krzywica nie jest awitaminozą.

W odpowiedzi kol. Kon podkreśla, że niezna zwierząt wolnorosnących; zgadza się, że rzadko dzieci miewają krzywicę przed 3 miesiącami życia; *craniotabes* może być znakiem ostrzegawczym, że dany ustrój jest usposobiony do krzywicy. Podczas wojny widziano częściej *rachitis tarda*. Osteomalacja jest chorobą identyczną; występuje u dorosłych; zmiany w kościach są inne, ustrój już nie rośnie. *Osteodistrophia cystica* — podług Recklinghausena — zjawia się na tle krzywicy. Nawroty krzywicy mogą się zjawiać; należy o tem pamiętać i w celu tym stosować profilaktykę. Wyjątkowo tylko widzi się jednak krzywicę u dzieci atroficznych; gdy atroficzne dziecko szybko rośnie, to grozi mu krzywica; przedawkowania przy krzywicy, przy dawkach zwykłych, nie widywał. Przy gojeniu się sprawy krzywiczej powstają nowe warstwy chrząstki — te wapnieją prawidłowo; w starszych zaś chrząstkach wapnienie powstaje inaczej w zależności od czasu rozpoczęcia leczenia. Obraz krwi w krzywicy nie przedstawia nic charakterystycznego. Naświetlania pozafiołkowe wpływają na przesunięcie w stronę alkalozy. Nie widzi żadnej analogji pomiędzy zależnością cukrzycy od trzustki i krzywicy od awitaminozy.

Protokół posiedzenia z dnia 28 stycznia 1931 r.

Kol. Itelson przedstawia *przypadek cukrzycy w młodym wieku z tolerancją* 120 g węglowodanów bez uciekania się do insuliny 18-letnia chora, u której po silnym wstrząsie nerwowym wystąpiła cukrzyca w ilości 7% z dużą ilością acetonu. Wiek chorej, ilość cukru, aceton kazały przypuszczać, że przypadek zaliczać się będzie do ciężkich, jednak chorą odcukrzono w krótkim czasie tylko zapomocą diety. W ciągu roku chorej przybyło 5 kg na wadze. Chora nie miała dotychczas jeszcze pomimo 18 lat *menses*. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu: 1) na moment psychiczny przy powstaniu, 2) na łagodny przebieg i 3) efekt leczniczy tylko zapomocą diety, bez insuliny.

2. Kol. Itelson przedstawia 24-letnią chorą, u której przed 4 laty wystąpiły na twarzy brunatne plamy; plamy te od pół roku w znacznym stopniu nasilają się. Chora czuje się coraz słabszą

i jest niezdolną do pracy. W okolicy szczęki górnej i w okolicy skroniowej *symetryczne chloazmata*. Parcie krwi u chorej maksymalne 105. Krzywa adrenalinowa — 105 — 110 — 100; we krwi stwierdzono limfocytozę. We krwi naczczo cukru 0,8 g w litrze; po podaniu 25,0 glukozy cukru we krwi po $^{1}/_{2}$ godzinie 1,13, po godzinie 0,95; po trzech dniach 0,82 naczczo. Stwierdzono upośledzenie układu współczulnego. Krzywa adrenalinowa typu wagotonicznego. Chora czuje się lepiej po zażywaniu *calcii chlorati*. Schorzenie kol. Itelson uważa za należące do grupy schorzeń Adisson'a,, za niedomogę układu współczulnego.

3. Kol. Dawidowicz M. przedstawia 40-letnią chorą; troje dzieci zmarło w wieku do 3-ch lat. Przed 8 laty usunięto macicę z powodu guza. Przed operacją zauważono plamy na twarzy, które znikły po operacji, a obecnie znów wystąpiły; chora użala się na osłabienie i uderzenia do głowy. Parcie krwi $\frac{140}{80}$ przy tętnie 80. *Tonsillitis chronica;* 5.000.000 krwinek czerwonych, białych 7.000, obojętnochłonnych 59%, limfocytów 32; serce aortalne. Przy próbie adrenalinowej ciśnienie utrzymuje się takie same; przy próbie z pituitryną i hipofizyną nie podniosło się. Stwierdzono — niewydolność układu współczulnego; wysokie ciśnienie tłumaczy się *nadczynnością nadnerczy* w okresie początkowym schorzenia. Schorzenie to kol. Dawidowicz zalicza do schorzeń grupy Adissona.

W dyskusji nad pokazami zabierali głos kol. Praszkier, Kryszek, Dynin i Tenenbaum.

4. Kol. Koliński wygłasza dłuższe przemówienie poświęcone pamięci ś. p. kol. Adama Grosglika.

5. Kol. Itelson J. wygłosił odczyt pod tytułem: *„Cukrzyca wśród mas pracujących"* (rzecz ukaże się w druku).

Praca zaczerpnięta z materjału ambulatoryjnego Łódzkiej Kasy Chorych; opiera się na 5-letniej obserwacji stałej 60 chorych na cukrzycę wieku młodego i 142 chorych wieku podeszłego. Przychodzi do wniosków następujących: 1) Cukrzyca wśród proletarjatu jest cierpieniem dość częstem, bodaj nie w mniejszym stopniu, niż u sfer dobrze usytuowanych. 2) Dziedziczność, zakażenie kiłowe, warunki odżywiania nie stanowią czynników zasadniczych w patogenezie cukrzycy. 3) Cierpienia wątroby i pęcherzyka żółciowego wysuwają się na plan pierwszy w zagadnieniu patogenezy cukrzycy. 4) Wyniki leczenia chorych na cukrzycę wieku młodego są naogół dobre. Chorzy owi są zdolni do pracy, przybierają na wadze, nie zapadają często na choroby infekcyjne. Podkreśla, iż w 42% chorych na cukrzycę wieku młodego stosowano leczenie tylko dietetyczne i to z wynikiem dobrym. Ci chorzy zaś, którzy pobierają insulinę, zazwyczaj robią sobie zastrzyki sami, co umożliwia chorym spożywanie posiłku o dogodnej porze i nie odrywa ich od warsztatów pracy.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Szyfman, Mittelstaedt, Jelenkiewicz, Kantor, Gliksman, Tenenbaum i prelegent.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 4 lutego 1931 r.

1. Kol. T h o r n - K r o n e n b e r g o w a przedstawiła 20-letnią chorą *z situs viscerum inversus*. Poza tą anomalją chora cierpi na gruźlicę płuc posuniętą.

2. Kol. S c h w e i g przedstawił 7-letniego chłopca *z wrodzoną anomalją oka prawego*. Od wczesnego dzieciństwa zauważono u dziecka, że podczas żucia porusza prawą gałką oczną i prawą powieką; dzieje się to najprawdopodobniej wskutek anastomozy nerwu okoruchowego z gałązkami nerwu twarzowego.

W dyskusji nad pokazem zabierali głos kol. G a r l i ń s k i i kol. F r e n k i e l.

3. Kol. S z y f m a n przedstawił 22-letniego chorego, u którego przed rokiem wystąpił krwiomocz; po roku krwiomocz wystąpił powtórnie; nigdy nie miał napadów bólów. Roentgen wykrył *kolosalny kamień*, który wypełnił całą miedniczkę; poza tem na obwodzie było kilka drobnych kamyczków. Rentgenogram można zmieszać tylko z odlewami wapniowemi przy gruźlicy nerki.

4. Kol. S z y f m a n przedstawia dwie chore: 23-letnią i 25-letnią ze Szpitala im. Poznańskich z *trombopenją samoistną;* u jednej dokonano splenektomję przed 8 laty; u drugiej przed 6 laty. Obie czują się dobrze dotychczas, z ośmiu operowanych przypadków sześć ma się dobrze; jedna chora zmarła w 3 godziny po operacji; druga chora niedawno operowana zmarła w 28 godzin po operacji; stwierdzono brak objawów regeneracyjnych — czyli wyczerpanie tej zdolności; operacja dokonana była zapóźno.

5. Kol. M. K o c e n i kol. L. S z y f m a n wygłosili odczyt pod tytułem: *„Z kazuistyki chorób krwi. Agranulocytoza, odczyn limfatyczny, gorączka gruczołowa"*.

Część teoretyczną wygłosił kol. K o c e n. Kol. S z y f m a n omówił trzy przypadki spostrzegane powyższych schorzeń. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 12, z 22 marca 1931).

W dyskusji zabierali głos kol. L a j c h t e r, I t e l s o n, S a d o k i e r s k i, Z a ł ę s k i, D y n i n, H e r s z f i n k i e l i p r e l e g e n c i.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 18. lutego 1931 r.

I. Kol. J u s t m a n przedstawił przypadek *porażenia nerwu twarzowego pochodzenia obwodowego*.

W dyskusji nad pokazem zabierali głos koledzy Ż e b r o w s k i, K l o z e n b e r g, Ś c i e s i ń s k i, Z a ł ę s k i i F r e n k i e l.

II. Kol. D z i e r ż y ń s k i wygłosił odczyt pod tytułem: *„Schemat czynności jąder ruchowych ze stanowiska filogenetycznego"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji — kol. K l o z e n b e r g podkreśla, że tezy prelegenta mają odpowiedniki w człowieku. Małe dziecko jest stworzeniem pallato - talamicznem, później dopiero rozwijają się u niego ośrodki hamujące. Kol. F r e n k i e l: do obszernego i wyczerpującego odczytu prelegenta trudno coś dodać. Zapytuje o kilka szczegółów. W schematach nie jest uwidoczniona droga, łącząca wzgórze *(Thalamus) z archistriatum*. Droga taka jednakże istnieje. Ko-

mórka rdzeniowa w rogu przednim otrzymuje zawsze w rezultacie dwojakie podrażnienie: drogą piramidową i drogą pozapiramidową (*fasciculus Monakopi*). Prelegent mówiąc o zespołach odmóżdżeniowych wspomniał tylko o nowotworach różnej lokalizacji. Zespoły te kol. Frenkiel widywał w gruźlicy mózgu i opon, a także w sprawach zwyrodnieniowych. Zapytuje wreszcie, jak się ustosunkowuje prelegent do pojęcia *neurobiotaxis* i do sprawy wędrowania jąder ruchowych w onto- i filogenetycznym rozwoju. Proponuje, aby prelegent w odpowiedzi obszerniej omówił odruchy Magnusa, o których dotychczas w Towarzystwie Lekarskiem nie mówiono.

Protokół posiedzenia z dnia 25. lutego 1931 r.

I. Kol. Sonnenberg demonstrował cztery przypadki:

1. Nietypowy *przypadek choroby Recklinghausen'a:* 24-letniego mężczyznę ze znamionami barwikowemi i cechami upośledzenia umysłowego. Jest to *„cas fruste"*. Należy do przypadków rzadszych.

2. 26-letniego mężczyznę ze *zgorzelą napletka*. Na trzeci dzień po przybyciu do szpitala powstała linja demarkacyjna — poczem napletek zaczął się oddzielać. Na fotografji, którą kol. Sonnenberg przedstawia, jest uchwycona chwila oddzielania się napletka: napletek w postaci wiszącego płata skóry. Badanie bakterjologiczne, dokonane przez kol. Załęskiego, swoistego zarazka zgorzeli nie stwierdziło.

3. Przedstawił 55-letniego syfilityka, który przybył po raz pierwszy do szpitala św. Aleksandra przed 2 laty *z osutką w postaci erytrodermji* całej powierzchni skóry. Stan chorego był wówczas bardzo ciężki. Po 6 jednak tygodniach chory opuścił szpital w stanie zupełnie dobrym — stan skóry był normalny. W styczniu r. b., a zatem po 2 latach, chory znów przybył do szpitala. Z uwagi na ciężkie przed dwoma laty przejścia po salwarsanie przystąpiono do wypróbowania salwarsanu bardzo ostrożnie. Zastosowano bardzo małą dawkę (0,15), ale już i tej dawki było dosyć, aby wywołać nazajutrz ogólne zaczerwienienie oraz nieznośne swędzenie całej powierzchni skóry. Objawy na skórze z każdą godziną ulegały nasileniu i już po 2 dniach wystąpiło ogólne zaczerwienienie, obrzęk i łuszczenie się skóry, słowem — obraz erytrodermji na tym samym, co przed dwoma laty terenie, w stopniu tylko nieco słabszym. Rzecz prosta — stosowanie salwarsanu zostało przerwane. Ograniczyło się ono do tego jednego tylko zastrzyknięcia. Po zastosowaniu odpowiednich zabiegów stan na skórze zaczął się poprawiać i po 3 tygodniach osutka ustąpiła zupełnie. Ponieważ o leczeniu salwarsanem nie można już było myśleć, postanowiono przeprowadzić leczenie wyłącznie bizmutem. Na drugi jednak dzień po zastrzyknięciu bizmutu wystąpiło u chorego na tych samych miejscach mocne swędzenie, a w ciągu następnych dni kilku — rozwinęła się osutka tego samego typu, dziś już ustępująca. Mamy tu do czynienia *ze stanem uczulenia*, które powstało przed 2 laty pod wpływem salwarsanu i klinicznie przejawiło się już wówczas w postaci erytrodermji. To uczulenie przetrwało aż do chwili obec-

nej, czego dowodem jest obecne powtórzenie się wykwitów tego samego typu i na tym samym terenie jeszcze 2 razy: po zastosowaniu salwarsanu i po zastosowaniu bizmutu. A więc zarówno salwarsan, jak i bizmut w obecnym stanie uczulenia odegrały rolę czynnika wyzwalającego. Uczulenie więc nie jest tu swoiste: chory jest tu uczulony i na salwarsan i na bizmut, a być może nawet, że uczulenie jest tu wielorakie, o czem będzie można się przekonać, kiedy po przejściu zaburzeń obecnych, zastosuje się leczenie rtęcią.

4. Przedstawił 56-letniego mężczyznę, dotkniętego od najmłodszych lat *wilkiem pospolitym* na policzkach, na nosie, czole, muszlach uszu, wardze górnej i okolicy podżuchwowej. Pomimo wielokrotnego leczenia maściami żrącemi, wyłyżeczkowaniami, lampą kwarcową, promieniami Roentgen'a — choroba w ciągu długich lat trwania zrobiła znaczne spustoszenia: zniszczyła nozdrza, części muszli, spowodowała wywinięcie dolnych powiek na zewnątrz. W chwili przybycia chorego do szpitala, jak o tem świadczy dokonane wówczas zdjęcie fotograficzne, policzki, muszle uszu, nos, podbródek, warga górna — pokryte były licznemi owrzodzeniami, a w miejscach zabliźnionych tworzyły się nowe owrzodzenia. Kol. Sonnenberg zastosował u chorego *metodę leczenia Dra Jaczewskiego* (z Lublina), która stanowi modyfikację metody Filikowa. Jeśli porównać stan chorego w chwili przybycia do szpitala, zaznaczony na zdjęciu fotograficznem, ze stanem obecnym, widzimy kolosalną różnicę; owrzodzenia znikły, nacieczenia się wessały, powstały piękne, gładkie blizny. Czy trwałe? Dziś, po kilku tygodniach leczenia, powiedzieć nie możemy, zresztą chory kuracji jeszcze nie ukończył — leczy się w dalszym ciągu. Kol. Sonnenberg omówił w głównych zarysach samą metodę leczenia. Stosuje ją on już w Szpitalu św. Aleksandra od 2 lat i z wyniku stosowania tej metody jest bardzo zadowolony. W Polskiem Towarzystwie Dermatologicznem (Oddział Łódź) demonstrował kol. Sonnenberg już szereg osób, dotkniętych toczniem a leczonych metodą Jaczewskiego. (Streszczenia własne).

W dyskusji kol. Fischer zapytuje, czy prelegent nie próbował stosować przy leczeniu tocznia diety Gerson'a. Kol. Sonnenberg w odpowiedzi zaznacza, że dietę te stosuje obecnie; wyniki będą w przyszłości omawiane.

II. Kol. Jelenkiewicz wygłosił odczyt pod tytułem: *„Z zagadnień medycyny kasowej"*.

Po krótkiem omówieniu idei ubezpieczeń społecznych wogóle, a K. Ch. w szczególności, prelegent porusza trzy zagadnienia: 1) organizację Kas chorych; 2) medycynę kasową z punktu widzenia medycyny społecznej; 3) system udzielania pomocy lekarskiej — wolny wybór, czy system ambulatoryjny.

Prelegent omawia cały szereg zagadnień natury zasadniczej, które wyłoniły się przy wydaniu dekretu z r. 1919, jak również przy uchwaleniu ustawy sejmowej z dn. 19. V. 1920. 1) ubezpieczenie dobrowolne czy przymusowe, 2) terytorjalność organizacji, 3) niedopuszczalność t. zw. instytucyj zastępczych, 4) zakres ubez-

pieczonych i zakres uprawnionych do świadczeń, 5) udział gminy w udostępnieniu za $^1/_2$ kosztów korzystania ze szpitali publicznych, 6) składki i zasiłki pieniężne, 7) samorządność K. ch. — podział funkcyj i działalności: ubezpieczeni, pracodawcy i Państwo. Dalej prelegent porównuje K. ch. Rzplitej Polskiej z K. Ch. innego państwa odrodzonego po wojnie światowej — Jugosławją. Omawia szczegółowo organizację K. ch. Czechosłowacji i Austrji zatrzymując się czas dłuższy na organizacji K. Ch. m. Wiednia. Przy omawianiu K. Ch. niemieckich, omawia rozporządzenie z dn. 26. lipca r. 1930, wypowiada się przeciwko przesunięciu części ryzyka na samych ubezpieczonych (przeciwko opłacie za kartę lekarską i części kosztów lekarstwa), przytaczając różne motywy. Dalej opisuje szereg walk i strajków, które poprzedziły wprowadzenie w życie instytucji ubezpieczeń społecznych we Francji, porównuje różne punkty ustawy tej najmłodszej Kasy europejskiej z innemi Kasami. Prelegent omawia szczegółowo organizację i lecznictwo K. ch. angielskich.

Opierając się na danych z Międzynarodowego Zjazdu K. Ch. z końca r. 1929 i danych M. B. P. z roku 1930, prelegent stwierdza, iż daje się zauważyć tendencja ku zastąpieniu świadczeń pieniężnych rzeczowemi, ku rozbudowie świadczeń, w szczególności lekarskich, ku uprzystępnieniu tych ostatnich również i członkom rodziny ubezpieczonych i wreszcie podkreślenie działalności zapobiegawczej. Prelegent omawia medycynę kasową pod kątem widzenia medycyny społecznej, omawia znaczenie łatwego dostępu ubezpieczonego do lekarza, znaczenie statystyki chorób prowadzonych przez K. Ch., omawia poznawanie chorób społecznych i ich znaczenie, omawia wpływy socjalne na powstawanie chorób i znaczenie chorób dla ogólnego położenia socjalnego. Dalej prelegent analizuje zespół warunków chorobowych *(Bedingungkomplex)* według Fotzka i uwzględnia w tym zespole cztery główne punkty: 1) czynniki specyficzne, 2) konstytucja indywidualna, 3) akcesorja, 4) faktory socjalne. Omawiając książkę Dicka „Ubezpieczenia społeczne a zdrowie ludności“ — prelegent nie zgadza się z wywodami autora.

Prelegent uważa, że K. Ch. dotychczas przeważnie leczyły, zbyt mało natomiast uwzględniały najistotniejsze zadania socjalno-ubezpieczeniowe, jak najracjonalniej zapobiegać zachorowaniom. W tym kierunku winna pójść przebudowa działalności Kas chorych. Prelegent omawia organizację i zadania „związków celowych“. Omawia współdziałanie w dziedzinie higjeny społecznej organizacyj ubezpieczeń społecznych z instytucjami opieki społecznej, samorządu terytorjalnego i instytucyj państwowych. Podczas choroby ubezpieczonego, należy roztoczyć również opiekę nad jego rodziną i otoczeniem i chronić ich przed zachorowaniem. Przedmiotem opieki w ten sposób stanie się nie jednostka lecz ogół. Należy w K. Ch. stworzyć taki system organizacji i lecznictwa, który zbliżyłby lekarza do chorego, należy stworzyć szereg instytucyj profilaktycznych. Dalej prelegent omawia rozbudowę szpitalnictwa i znaczenie szpitala dla chorego, otoczenia i rodziny. Prelegent

omawia cele akcji profilaktycznej i zgadza się, iż celem tym powinno być sięgnięcie do źródła, to znaczy do środowiska rodzinnego.

Prelegent omawia stosunki między lekarzami a K. Ch., omawia również znaczenie wprowadzenia K. Ch. dla stanu lekarskiego, omawia w ogólnych zarysach walki w kierunku racjonalizacji pracy lekarskiej ,warunków pracy i płacy. Przytaczając różne dane przemawiające za wolnym wyborem lekarza i za systemem ambulatoryjnym, wypowiada się za utrzymaniem w tej chwili ambulatoryjnego systemu lecznictwa.

Omawiając stanowisko lekarza wobec medycyny społecznej, prelegent przytacza cytatę z referatu Dra Wroczyńskiego: „Z tem hasłem muszą iść przez życie młode pokolenia lekarzy, a to jest jedyna droga, aby spełnić obowiązki lekarza-obywatela i zapewnić zawodowi lekarskiemu stanowisko wielkiej wartości społecznej":

W dyskusji: kol. J. Kon zapytuje, jak przedstawia się w ustawach innych państw sprawa czasu od chwili ubezpieczenia do chwili kiedy ubezpieczony otrzymuje prawo korzystania ze świadczeń Kasy.

Kol. Nestor Goldblum zapytuje, jak przedstawia się we Francji sprawa ubezpieczeń społecznych z jednej strony a system leczenia indywidualnego z drugiej strony; jak można pogodzić te dwa systemy.

Kol. Kryszek uważa, że sprawa wolnego wyboru lekarza, skoro została poruszona w Towarzystwie Lekarskiem, wymagałaby bardziej szczegółowego i wielostronnego omówienia.

Kol. Jelenkiewicz w odpowiedzi podkreśla, że czas kiedy chory ma prawo korzystać ze świadczeń jest długi na Węgrzech, w Anglji natomiast korzysta od czwartego dnia choroby. W Alzacji obowiązuje system niemiecki. Sprawa wprowadzenia wolnego wyboru w chwili obecnej nie wydaje się prelegentowi możliwą do przeprowadzenia. W praktyce osobiście widział brak potrzeby wolnego wyboru lekarza.

Protokół posiedzenia z dnia 4 marca 1931.

1. Kol. J. Polak wygłosił odczyt: *„O tak zwanym reumatyzmie"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: kol. J. Kon ma zastrzeżenie co do klasyfikacji ułożonej przez „Międzynarodową Ligę do Walki z Reumatyzmem". Opuszczono tam zapalenie wsierdzia; klasyfikacja obejmuje natomiast rumień guzkowaty i pląsawicę. Rumień guzkowaty zaliczyć należy raczej do schorzeń gruźliczych niż do reumatycznych. Pląsawica uważana jest za schorzenie reumatyczne, spotyka się jednak przy innych schorzeniach zakaźnych .

Kol. Dutkiewicz zwraca uwagę na to, że prelegent nie wspominał o zapaleniach stawów rzeżączkowych.

Kol. Szereszewska zapytuje, jak przedstawia się obraz krwi przy reumatyzmie.

Kol. Gliksman. Do wspomnianej przez prelegenta różnej etjologji reumatyzmu: po klimacie, zakażeniu, konstytucji, zwy-

rodnieniu, intoksykacji — mówi jeszcze trochę o awitaminozie. Prelegent mało mówił o allergji; nie wspominał nic o hormonach, np. o roli gruczołu przytarczycowego, nie wspominał o roli dziedziczności, nie mówił o etjologji gośćca niekształcającego.

Kol. Sadokierski zwraca uwagę na to, że prelegent nie mówił nic o roli schorzeń zębów i migdałków przy powstaniu gośćca.

Kol. Kryszek uważa, że pod cierpieniem reumatycznem kryje się dużo schorzeń; wspomina o guzkach Aschoffa-Browicza znajdywanych przy gośćcu oraz w sercu zmarłych chorych na pląsawicę. Tonsilektomja byłaby bezcelowa, gdyby gościec był schorzeniem allergicznem.

W odpowiedzi kol. Polak zaznacza, że nie mógł mówić o wszystkiem w przeciągu jednego wieczoru. Klasyfikacja stworzona została dla celów statystycznych. Zarząd Ligi zdawał sobie sprawę z błędów. Rumień guzkowaty czasami występuje w przebiegu gośćca; zmian gruźliczych w tych przypadkach nie stwierdzano. Zapalenie stawów gonokokowe należałoby zaliczyć do reumatoidalnych. W ostrym gośćcu we krwi znajduje się leukocytozę, w przewlekłym we krwi brak zmian. Robione były próby ze szczepieniami wyciągów z pleśni. Zdania amerykańskich lekarzy o roli chorób jamy ustnej dla powstawania gośćca są przesadzone. Nie zawsze osiągano efekt leczniczy po usunięciu chorych zębów; w klinikach berlińskich wyjątkowo tylko stwierdzono zmiany w miazdze zębowej.

Protokół posiedzenia z dnia 18 marca 1931.

1. Kol. Justman przedstawił chorego Sz. G., lat 27, który zgłosił się doń 18 marca 1931 r. i podał, co następuje: od 8-miu tygodni skręca mu głowę w prawo, we śnie to skręcanie go omija. Wystąpiło to w 4—5 dni po gorącej kąpieli. Przedtem był zawsze zdrów, pali niewiele, pije — w soboty niewiele, chorób wenerycznych nie przechodził. Żonaty 10 miesięcy, żona w V-ym mies. ciąży. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Badanie przedmiotowe. W narządach wewnętrznych zmian widocznych brak. Nerwy czaszkowe, ruchy gałek ocznych sprawne, oczopląsu brak. Źrenice dość szerokie, oddziałują na światło i zbieżność sprawnie. Mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy lewy oraz głębokie mięśnie szyjne lewe przerosłe i wykazują wzmożone napięcie. Podczas zbierania wywiadów oraz badania co pewien czas głowa mimowoli skręca się powolnym ruchem w prawo, przytem występuje mocny skurcz toniczny przerosłych mięśni, poczem chory z pewnym trudem przywraca twarz do pozycji normalnej. Napięcie mięśni kończyn górnych wyraźnie obniżone, na co wskazuje zupełny brak oporu przy ruchach biernych. Natomiast mięśnie ścianki brzusznej i kończyn dolnych wykazują wzmożone napięcie: brzuch lekko wciągnięty, palpacja utrudniona, ruchy bierne kończyn dolnych napotykają dość duży opór. Odruchy śluzówkowe zachowane, ścięgnowe i okostnowe kończyn górnych dość żywe, brzuszne średnie słabe obustronnie, innych brzusznych brak, no-

sidłowe niewydatne, podeszwowe żywe, objawu Babińskiego wzgl. Rossolimo brak. Odruchy kolanowe wzmożone, Achillesowe żywe. Brak zmian czucia zarówno powierzchownego, jak i głębokiego. Próby palec — nos i pięta — kolano sprawne. Objawu Romberga brak. Chód normalny. Mowa normalna. Psyche normalna. W przypadku wyżej opisanym wyłączyć można wszelkie postacie *Torticollis:* 1) wrodzoną — na zasadzie wywiadów, 2) gośćcową — wobec zupełnego braku bólów zarówno w wywiadach jak i przy palpacji przerosłych mięśni, 3) pochodzenia usznego — wobec braku jakiegokolwiek cierpienia usznego i 4) zawodową (chory jest kupcem). Wyłączyć również można *Tic convulsif,* który daje skurcze szybkie, szybko przemijające i częste. Natomiast cały zespół pozwala rozpoznać cierpienie układu pozapiramidowego, któremu różni autorzy (Ziehen, Oppenheim, Bernstein) dawali mniej lub więcej udatne nazwy, a które najwłaściwiej jest nazwać zgodnie z Flatauem i Sterlingiem postępującym skurczem skręcającym. (Autoreferat).

2. Kol. K e i l s o n wygłosił odczyt pod tytułem: *„O indywidualizacji rentgenologicznego badania serca".*

Po omówieniu dotychczasowych sposobów mierzenia serca prelegent podaje projekt mierzenia objętości komór serca w stosunku do objętości tułowia. Ten t. zw. wskaźnik tułowiowo-komorowy wynosi u mężczyzn 80 u kobiet 90 i jest niezależny od wzrostu, wagi i objętości klatki piersiowej. Zmienia się jedynie z wiekiem: u dzieci (od lat 4-ch do 15-tu) wynosi od 80 do 120.

Prelegent omawia następnie znaczenie ustawienia przepony dla oceny kształtu serca i dzieli osobników na wysoko, średnio i nisko przeponowych. Pewną rolę w ustawieniu przepony odgrywa wiek. Prelegent wylicza i omawia czynniki fizjologiczne i graniczące z patologicznemi, wpływające na kształt serca (wpływ wieku; stany, związane z czynnością gruczołów wewnętrznego wydzielania; wpływ pracy; wpływ stanu naczyń, wpływ ciśnienia krwi i t. p.). W końcu omawia badania czynności serca. Odczyt był ilustrowany szeregiem przeźroczy.

3. Kol. S. L i n i e c k i przedstawia dwa *przypadki chromania przestankowego.* Zapomocą oscylometru Pachon'a wykazuje ciśnienie na kończynach dolnych równające się 0 w jednym przypadku, a w drugim wahania nie przewyższające 30.

4. Kol. R. S o k o ł o w s k i przedstawia przypadek *ciała obcego w soczewce oka prawego.* Po raz pierwszy widział chorego 6 lutego r. b. Podczas rąbania drzewa wpadła drzazga do oka. Przednia komora była zupełnie mętna; gdy po 8-miu dniach wyjaśniła się — wyciągnął drzazgę. Przebieg leczenia był prawidłowy i zakończył się pomyślnie.

P r o t o k ó ł w i e c z o r u s e m i n a r y j n e g o z dnia 25-go marca 1931 r.

1. Kol. B. N o w a k o w s k i (jako gość z Warszawy) wygłosił odczyt pod tytułem: *„Naukowa organizacja pracy z punktu widzenia lekarskiego".*

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Wajnberg, Goldblum, Sterling, Siwiński, Ładyński i Prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 8 kwietnia 1931 r.

Pokazy chorych. Kol. Wajskopf przedstawia 20-letnią pacjentkę, która od 3 lat z powodu powtarzających się krwotoków kiszkowych była leczoną w różnych szpitalach. Krwotoki występowały zwykle w miesiącach zimowych. Objawy — długotrwałe podwyższenie ciepłoty, krwawienia, powiększenie śledziony, leukopenja i lymfemja, brak języczka podniebiennego. Na podstawie historji choroby z przed 10 laty ze Szpitala Anny - Marji — stwierdzono, że u chorej wtedy Wassermann we krwi był dodatni i przechodziła leczenie swoiste. Po przeprowadzeniu różniczkowego rozpoznania ustalono, że chora cierpi na schorzenie żyły śledzionowej na tle kiły *(phlebosclerosis venae lienalis luetica).* Po zastosowaniu leczenia swoistego ciepłota spadła do normy i stan chorej znacznie się poprawił.

Kol. Bender w dyskusji zapytuje, czem sobie wytłumaczyć podwyższoną ciepłotę, której zwykle przy sprawach sklerotycznych nie spotykany.

Protokół posiedzenia w dniu 22 kwietnia 1931 r.

1. Kol. Ładyński — „O działalności Wydziału Zdr. Publ. Urzędu Wojew. Łódzkiego w roku 1930".

Przedstawiwszy w ogólnym zarysie organizację służby zdrowia na terenie Rzeczypospolitej, prelegent omówił szczegółowo kompetencje i zadania Wojew. Urzędu Zdrowia. Bogato ilustrując swe przemówienie wykresami i drukami, prelegent przedstawił szczegółowo działalność poszczególnych referatów na terenie wojew. Łódzkiego w roku 1930.

Dyskusja. Kol. Frenkiel zapytuje, czy każdy nowoprzybywający lekarz przy rejestracji przedstawia się osobiście naczelnikowi Wydz. Zdr. Publ.? Jaki jest nadzór nad t. zw. pielęgniarzami i ich kompetencją? Zapytuje dalej, czy istnieje zakaz sekcji zwłok i podaje wniosek, że działalność różnych instytucyj Zdrowotności Publ. należałoby ześrodkować. Kol. Mittelstaedt wyjaśnia, że podług ostatnich przepisów lekarz naczelny winien uwzględniać podania rodziny o zaniechanie sekcji zwłok, lecz ma prawo odmówić, o ile są wskazania naukowe do wykonania sekcji. Kol. Misjon. W sprawie epidemji tyfusu stwierdza, że w tym roku krzywa epidemjologiczna była nietypowa. Ilość przypadków gorączki połogowej była duża, być może z powodu szczegółowego notowania tych przypadków. Kol. Tenenbaum zapytuje o szczepienia przeciwgruźlicze na terenie województwa. Kol. Ładyński. Rejestracja osobista lekarzy u naczelnika Wojew. Urz. Zdr. przepisowo nie jest obowiązującą, byłaby jednak pożądaną. W sprawie pielęgniarzy nie istnieją dotychczas przepisy, określające ich kompetencje. Sprawa ześrodkowania działalności instytucyj sanitarno-lekarskich jest trudna do przeprowadzenia, należy to

uskuteczniać stopniowo i ostrożnie. Szczepienia przeciwgruźlicze były stosowane w Pabjanicach i Łęczycy, akcja słabo się rozwija.

Protokół posiedzenia z dnia 29 kwietnia 1931 r.

Pokazy chorych. 1. Kol. Banasz demonstruje pacjentkę, którą przywieziono do szpitala z rozpoznaniem *corpus alienun in utero*. Po cystokopji okazało się, że ma ona cewnik elastyczny w pęcherzu, który udało się usunąć przez cewkę.

2. Kol. S. Minc wygłosił odczyt pod tyt.: *Cheyne-Stokes, Biot, Asthma cardiale.*

Na podstawie doświadczeń nad tkanką nerwową Wwiedeńskiego i mózgową Pawłowa i podanej przez nich teorji parabiozy przedstawia prelegent własny pogląd na mechanizm powstawania oddechu Cheyne-Stokesa, Biota oraz dusznicy sercowej, tłumacząc powstawanie ich stanem parabiozy odpowiednich ośrodków mózgowych. (Patrz Pol. Gaz. Lek. Nr. 26, 1931).

Dyskusja. Kol. Kryszek zapytuje, w jaki sposób zapomocą parabiozy daje się wytłumaczyć mechanizm Cheyne-Stokes'a, skoro oddech ten występuje w tak różnorodnych schorzeniach i warunkach, jakiemi są niedomykalność zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, w pewnych chorobach zakaźnych przy zupełnie zdrowem sercu i w przypadkach miażdżycy ogólnej, wzgl. miażdżycy naczyń mózgowych. Co do dusznicy sercowej — podkreśla możliwość odruchowego powstawania schorzenia, za czem przemawia występowanie nagłe, w określonych godzinach, pod wpływem wzruszeń psychicznych, a nadewszystko możliwość usunięcia tego stanu pod wpływem ucisku na tętnice szyjne. Przytacza przypadek Hucharda, w którym przy zdrowem sercu pod wpływem ucisku nacieczeń *anginae phlegmonosae* na nerw błędny wystąpiła dychawica sercowa. Kol. Bender zastanawia się, czy wymieniona teorja tłumaczy 2 typy dychawicy sercowej, różniące się klinicznie i anatomicznie od siebie. Pierwszy typ, wyodrębniony jeszcze przez Hucharda i nazwany przez niego toksycznie-alimentarną dychawicą, przez Romberga nazwany *asthma renale* i najwłaściwiej nazwany przez Straucha *asthma cerebrale*, typ duszności napędowej u hipertoników; drugi typ z miażdżycą naczyń wieńcowych serca przy ciśnieniu prawidłowem. W typie pierwszym uderza zwiększona ilość krwi krążącej, wyrażająca się już *ad oculos* w napęczniałych żyłach, prognoza jednak jest dobra i nieraz się zdarza, że pacjent nazajutrz po ataku jest zdolny do pracy. Inaczej w typie drugim, który charakteryzuje się silną bladością, złem tętnem, zimnym potem i daje naogół bardzo złą prognozę. Mechanizm powstania astmy sercowej, ujęty pod kątem widzenia teorji szan. prelegenta, jest ten sam. Naskutek parabiozy ośrodka oddechowego i indukcji na obwodzie następuje podrażnienie ośrodków naczynioruchowych, co wyraża się w powiększeniu parcia krwi i wypchnięciu krwi zalegającej ze znanych od czasu Barcrofta rezerwuarów do koryta krwi krążącej, zwiększa się więc *minut. volumen* serca. Duszność więc jest pochodzenia centralnego, potęguje się jednak przez wyżej wymie-

nione momenty. Stosunkowo mocne jednak lewe serce u hipertoników daje sobie z tem poczęści radę i tem się tłumaczy dobra stosunkowo prognoza w pierwszym typie dychawicy sercowej.

Inaczej w typie drugim, gdzie obok wymienionego powyżej momentu zwiększonego *volumen* minutowego następuje naskutek indukcji obwodowej również podrażnienie ośrodka nerwu błędnego, co pociąga za sobą fatalne skutki, gdyż, jak z badań Ludwika Brauna wynika, podrażnienie nerwu błędnego przy zmienionych naczyniach wieńcowych serca jest nietylko że nieobojętne, lecz może nawet spowodować migotanie komór sercowych, zwłaszcza lewej.

Sekretarz: *A. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 6 maja 1931 r.

1. Kol. Barciński: *„O promieniach Roentgena i ich wpływie na nowotwory złośliwe"*. Epokowe odkrycie Galvaniego, odbiegające zasadniczo od wszystkiego, co wówczas znane było w nauce, stanowiło punkt wyjścia dla badań nad świeżo poznaną energią elektryczną. Praca dwóch generacyj postawiła nas dziś wobec jednego z najpiękniejszych zastosowań energji elektrycznej — radja, którego fale elektromagnetyczne oplotły całą kulę ziemską. Fizyka i biologja współczesna dostarczyły dowodów współmacierzystego pochodzenia wszystkich fal elektromagnetycznych i ich niezbędną obecność w organizacji wszelakich form życia świata organicznego. Wszystkie fale elektromagnetyczne gatunkowo są identyczne, różnią się tylko długością fali, względnie ilością drgań na sekundę. Efekt biologiczny jest w stosunku prostym do ilości drgań na sekundę użytej fali elektromagnetycznej. Najdłuższe fale elektromagnetyczne zwane falami Hertza używane są w telegrafie bez drutu i radjo, następnie idą promienie cieplne i widzialne, później promienie utrafioletowe wreszcie promienie Roentgena i radu. Na samym końcu stoją promienie ultragamma, dochodzące do kuli ziemskiej z astronomicznych odległości — z dróg mlecznych. Terenem działania promieni cieplnych, widzialnych i ultrafioletowych jest drobina. Promienie Roentgena i radu zaczepiają bezpośrednio atom w jego częściach składowych, a mianowicie — elektron. Działanie pr. R. ma miejsce tam, gdzie zostały one zaabsorbowane; zmiany przez nie wywołane nie noszą specyficznego charakteru, idą w kierunku zwykłych zmian biologicznych, obserwowanych przy samoistnem cofaniu się lub gojeniu procesów fizjologicznych lub chorobowych, są one tylko wyraźniej zaakcentowane pod względem szybkości ich powstawania. Tak zwana dawka drażniąca promieni Roentgena, która byłaby w stanie pobudzić komórki do żywszej funkcji życiowej, nie jest do dnia dzisiejszego dowiedziona, natomiast destrukcyjne działanie pr. R. jest znane oddawna i to ostatnie jest wyłączną wadą dzisiejszej rentgeno-terapji. Promienie R. denaturują białko komórkowe i białko środowiska, działanie ich jest w pierwszym rzędzie miejscowe, a towarzyszące mu częstokroć działanie ogólne jest tylko powikłaniem, a nie stanowi istoty leczenia. Najbardziej wrażliwe na promienie R. są komórki morfologicznie

i funkcjonalnie mało źróżnicowane, o dużej zdolności rozrodczej i dające w swym następowym rozwoju karjokinetycznym wiele postaci pochodnych. Jest to prawo Bergonié i Tribondeau, dotyczy ono w pierwszym rzędzie białych i czerwonych ciałek krwi, komórek naskórka i elementów komórkowych nasiennych. Najmniej wrażliwa na działanie promieni R. jest tkanka nerwowa. Wpływ promieni Roentgena na tkanki chore zasadniczo nie różni się od takowego na tkanki zdrowe. Pr. R. są jadem fizykalnym i różnią się od leków farmakologicznych tem, że organizm przyjmuje je biernie i nie ma na nie żadnego wpływu wyrównawczego; rządzą tym jadem tylko fizykalne prawa absorbcji, jest to lek miejscowy i niespecyficzny o wybiórczem działaniu, co jest skutkiem różnicy wrażliwości poszczególnych tkanek i komórek, a nawet poszczególnych okresów życia komórek na wszelkie wpływy szkodliwe, między innemi na promienie Roentgena. Dobre wyniki względnie niepowodzenia leczenia promieniami R. zależą w pierwszym rzędzie od technicznych i biologicznych możliwości wykorzystania tej różnicy wrażliwości tkanek.

Niestety, guzy o wysokiej wrażliwości na promienie Roentgena, jak mięsaki okrągłokomórkowe i t. p. rzadko dają się wyleczyć, ponieważ łatwo dają bardzo liczne przerzuty. Guzy o średniej wrażliwości, jak raki skóry i błon śluzowych i guzy o małej wrażliwości, jak raki gruczołowe, wymagają dawki, stojącej na granicy tolerancji żywej tkanki.

Metoda jednoczasowego naświetlania („dawką rakową“) utrzymała się tylko przy leczeniu niektórych raków skóry, poza tem została wyparta przez skuteczniejsze metody nasycania i metodą długich naświetlań Regaud-Coutard'a. Metoda nasycania polega na jednorazowem zastosowaniu dużej dawki, uzupełnianej po pewnym czasie kilku małemi dawkami. Metoda francuska polega na stosowaniu dużej ilości energji promienistej o małem natężeniu, rozłożonej na długi czas. Do leczenia promieniami Roentgena nadają się guzy nieoperacyjne. Aczkolwiek efekt działania ich jest w większości wypadków przemijający, tem niemniej jest bardzo cennym środkiem w niesieniu pomocy nieuleczalnym. Jedno z największych niedomagań rentgenoterapji jest brak oddziałów szpitalnych, nastawionych na leczenie energją promienistą. Leczenie to jest ściśle związane z licznemi zawikłanemi biologicznemi reakcjami, których poznanie i należyte praktyczne wykorzystanie jest nie do pomyślenia bez systematycznego i gruntownego stosowania nowoczesnych klinicznych metod badania. (Streszczenie własne).

Dyskusja. Kol. F r e n k i e l zapytuje, czy naświetlanie tarczycy powoduje przeszkody w dalszem chirurgicznem leczeniu tego cierpienia i jakie jest działanie promieni Roentgena na nowotwory mózgu.

Kol. H e l m a n zapytuje, czy po naświetlaniu guzów noso-gardzieli i krtani nie obserwował prelegent występowania obrzęku krtani. Wogóle uważa, że przy nowotworach górnych dróg oddechowych naświetlanie promieniami Roentgena daje dobre wyniki, za wyjątkiem nowotworów krtani.

Kol. Klozenberg zapytuje o działanie promieni Roentgena przy cierpieniach migdałków i parkinsonizmie.

Kol. Imich. Prof. Mayer z Wiednia w ostatniej swej pracy ostrzega przed naświetlaniem migdałków, wskutek niszczenia tkanki limfatycznej. Migdałki takie skłonniejsze się stają do zapaleń i ropni zamigdałkowych.

Kol. Garewicz. Czy i do jakiego stopnia leczenie nowotworów naświetlaniem daje lepsze wyniki od metod operacyjnych?

Kol. Barciński. W sprawie tarczycy Eiselsberg twierdził, że po naświetlaniu występują zrosty, utrudniające późniejszą operację. Obecnie przy ostrożnem dawkowaniu powikłań tych się nie spostrzega. Z nowotworów mózgowych najlepiej reagują na naświetlanie guzy przysadki, gliomaty prawie zupełnie nie reagują. Po naświetlaniu nowotworów krtani występują często obrzęki. Obecnie szkoła francuska podaje 50—60% wyleczenia nowotworów krtani przy stosowaniu nowej metody słabych dawek. Migdałki reagują naogół dobrze na naświetlanie, w piśmiennictwie podają przeważnie dobre wyniki jeżeli nie zmniejszania się samych migdałków, to zmniejszania się częstości angin. Prof. Meyer pierwszy występuje w tej sprawie opozycyjnie. Leczenie choroby Parkinsona zależnem jest również od umiejętnego dawkowania, działają dobrze drobne dawki. Granice operacyjności nowotworów złośliwych zmniejszyły się od czasu wprowadzenia terapji promiennej.

2. Kol. Wołkowyski pokazuje wykres tętna z tętnicy szprychowej i żyły szyjnej rzadkiego przypadku częstoskurczu komorowego, który wystąpił u chorego na zapalenie płuc. W piśmiennictwie podane są przypadki wystąpienia częstoskurczu komorowego po podawaniu chininy. Dalsze stosowanie jej jest wtedy przeciwwskazane. W demonstrowanym przypadku chory również otrzymywał chininę.

Kol. Dawidowicz pokazuje przypadek *„status viscerum inversus totalis"* z sercem po lewej stronie.

Protokół posiedzenia z dnia 20 maja 1931 r.

Pokazy chorych. 1. Kol. Uryson demonstruje przypadek uruchomienia ukrytej w organiźmie infekcji przez zastosowany zastrzyk mleka. W poszukiwaniu źródła infekcji wyłuszczono migdałki, poczem ciepłota nie spadła. Po usunięciu 4-ch zepsutych zębów nastąpił spadek temperatury. Usunięto jeszcze 6 zębów poczem ciepłota spadła definitywnie. Na mocy powyższego ustalono rozpoznanie *sepsis oralis.*

Kol. Lajchter, który usuwał chore zęby, twierdzi, że były to zęby napozór zdrowe, miały jednak rozpadniętą miazgę.

2. Kol. Banasz przedstawia przypadek urazu stawu łokciowego u osobnika chorego na *syringomyelitis* ze zmianami patologicznemi w tymże stawie, bez zajęcia innych stawów.

3. Kol. Bender wygłosił odczyt. „O palpowaniu i ruchomości serca" (Prakt. lek. dod. do P. Gaz. Lek. Nr. 39, 1931).

4. Kol. Szyfman wygłosił odczyt p. t. „Przypadek cukrzycy typu nerkowego" (ukaże się w druku).

Dyskusja. Kol. I t e l s o n obserwował 7 przypadków *diabetes renalis,* analizuje przypadek kol. Szyfmana. Nazwę *glykosurja renalis* uważa za niesłuszną, w nerkach nie stwierdza się bowiem zmian chorobowych. Przytacza obserwowane przez siebie przypadki.

Kol. K o c e n dodaje, że w rodzinie chorego, opisanego przez kol. Szyfmana, nie było przypadków cukrzycy.

Kol. S z y f m a n za Noordenem skłonny jest uważać, że niema zasadniczej różnicy między przemijającym cukromoczem a cukrzycą, jest to tylko różny stopień rozwoju tego samego cierpienia.

5. Kol. S z y f m a n wygłosił odczyt pod tyt.: *„Przypadek choroby Weila"* (ukaże się w druku).

Kol. Z a ł ę s k i uzupełnia referat kol. Szyfmana zarysem bakterjologji i epidemjologji żółtaczki infekcyjnej, szczególniej zaś choroby Weila, wywołanej przez *spirocheta nodosa.* Zarazki przenoszą się przez szczury. Na zakończenie demonstruje preparaty mikroskopowe, barwione zapomocą srebrzenia.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 27 maja 1931 r.

1. Kol. H e l m a n demonstruje chorą 47-letnią kobietę, u której przed tygodniem usunął *per vias naturales* — drogą bronchoskopijną — ciało obce — koronkę platynową, która przy manipulacjach dentysty w jamie ustnej, została przez pacjentkę aspirowaną i dostała się do dolnego odcinka dróg oddechowych. Objawy, przypadkowi temu towarzyszące były nieznaczne: chora prócz lekkiego bólu w klatce piersiowej żadnych innych dolegliwości nie odczuwała. Wobec nieznacznej duszności i stwierdzenia zmian opukowych i wysłuchowych w dolnem płacie lewego płuca, pacjentka została skierowaną do rentgenologa. Prześwietlenie wykazało obecność ciała obcego, uwięzgniętego w lewem oskrzelu II-go rzędu przy przejściu w oskrzele III-go rzędu, w przestrzeni odpowiadającej 6-emu międzyżebrzu.

W ułożeniu chorej nawznak z przegięciem głowy ku dołowi i w prawo, po znieczuleniu kokaino-adrenalinowem, udało się po wprowadzeniu rury bronchoskopijnej i dodatkowej wysuwalnej dostrzec na odległości 30—31 cm od zębów błyszczące brzegi koronki, która szczelnie przylegała do ścianek oskrzela. Po odchyleniu górnego brzegu koronki udało się ostremi szczypczykami ciało obce uchwycić i wydostać nazewnątrz. Zabieg, który wraz ze znieczuleniem trwał 1,5 godziny dokonany został przy czynnej współpracy kol. Weissbruma. Pacjentka zniosła zabieg dobrze. Nażajutrz wystąpiła chrypka wskutek obrzęku wejścia do krtani. Chrypka znikła po 2 dniach, ustępując miejsca lekkiemu nieżytowi oskrzeli. Obecnie chora czuje się zupełnie dobrze. Przypadek demonstrowany należy do niezwykłych i niecodziennych, tak ze względu na głębokie umiejscowienie ciała obcego w oskrzelu lewem, a więc węższem, jak i braku charakterystycznych objawów, zazwyczaj uwięzgnięciu ciał obcych w tak głębokich odcinkach dróg oddechowych towarzyszących. Demonstracja rentgenogramów i ciała obcego.

2. Kol. Frenkiel przedstawia przypadek wspólny z kol. Denglem — nowotworu podoponowego na wysokości D IX pomyślnie operowanego w znieczuleniu miejscowem. Operacja nastąpiła w 4 miesiące od pierwszych bólowych objawów. Badanie drobnowidowe (kol. Ściesiński) wykazało neuromat. W 3 tygodnie po zabiegu rozpoczęła się postępująca wciąż poprawa ruchów kończyn dolnych. Obecnie badanie wykazuje hipalgezję w granicach poprzedniej analgezji oraz obecność spastycznych odruchów przy zachowaniu wzmożonego napięcia mięśni i ruchów we wszystkich odcinkach.

3. Kol. Nunberg wygłosił odczyt pod tyt.: „O ruchomości wyrostka robaczkowego". (Praca ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia z dnia 3 czerwca 1931 r.

1. Kol. Falkowski wygłosił odczyt pod tytułem: *Nowe prądy we współczesnej psychjatrji.*

Zrozumienie nowoczesnej psychjatrji jest możliwe jedynie na tle rozwoju tego działu wiedzy. Zagadnienia, które nurtują obecnie, zajmowały umysły starożytnych greków. Wówczas doszukiwali się siedliska duszy, a zarazem umiejscawiali chorobę w głębi bliżej nieznanej tkanki ciała, poniżej diafragmy, Hippokrates uważał, że mózg jest narządem poznania i w nim lokalizują się choroby psychiczne. Czasy późniejsze przyniosły naukę o opętaniu, demoniźmie; psychicznie chory człowiek był nawiedzony chorobą przez złego ducha, stąd to przekonanie, iż karami oraz wyrzucaniem tego złego ducha osiągnie się wyzdrowienie chorego. Stąd kary, więzienia, kajdany dla chorych psychicznie. Wychodząc z panujących naiwnych założeń, psychjatrzy stosowali tortury i umartwienia, żeby w ten sposób uleczyć chorych (kaftany, krzesła, łóżka, przymusowe stanie, wirówka, polewanie wodą, wpadanie do wody, puszczanie krwi, pijawki).

Przewrotem w psychjatrji i nową erą był rok 1793, kiedy Pinel zdjął psychicznie chorym kajdany w szpitalu Bicetre w Paryżu; od Pinela rozpoczyna się psychjatrja kliniczna. Klasyfikacja Pinela była niezmiernie prosta, odróżnił: 1) manję, 2) manję bez urojeń, 3) melancholję, 4) otępienie, 5) idjotyzm. Ugruntował i postawił na trwałym gruncie tę naukę Esquirol. Podział jego: 1) lipemonja, 2) melancholja, 3) manja, 4) monomanja, 5) otępienie, 6) idjotyzm.

Klinikę chorób psychicznych oparł Esquirol na podstawach somatycznych i psychologicznych. Plejada uczni Esquirola, z pośród których wymienię Beyle'a, który opisał klasycznie porażenie postępujące i Folre, który uczył, iż należy badać i obserwować przebieg i rozwój choroby. Baiorger położył podwaliny w opisach psychozy manjakalno-depresyjnej.

W okresie rozwoju idealizmu metafizycznego Schellinga, filozofji naturalnej Okena i spekulacyjnej filozofji Wolfa, w epoce rozwoju romantyzmu i mistycyzmu wystąpiła na widownię szkoła psychologiczna, którą zwalczała później szkoła somatyków.

Heinroth patrzy na choroby psychiczne z punktu widzenia ówczesnej metafizyki. Podstawą jego zapatrywań jest kwestja swobody woli determinizmu. Grzech i wina wywołują chorobę.

Szkoła somatyków uważała, że choroby psychiczne mają podłoże materjalne.

a) Jedni z Nossem uważali choroby psychiczne jako samodzielne choroby ze stałemi obrazami klinicznemi.

b) Jakobi: niema samodzielnych chorób psychicznych, są to niestałe i zmienne objawy schorzeń somatycznych.

Umiejscowienie chorób psychicznych: mózg, rdzeń, układ współczulny, naczynia krwionośne, trzewia, kości, ścięgna.

Schorzenie każdego z narządów może skojarzyć się ze schorzeniem psychicznem.

Najbardziej konsekwentnie zasady somatycznej psychjatrji przeprowadził Fridreich.

Griesinger: podstawą każdej choroby psychicznej jest proces anatomo-patologiczny, umiejscowiony w mózgu. Czynność psychiczna oparta jest na odruchach. Stany psychologiczne nie są chorobami, lecz objawami chorobowego procesu mózgu. Griesinger znacznie przyczynił się do tego, że nastąpiło zlanie się psychjatrji i neurologji w jedną całość. W Anglji Gull, a przedewszystkiem Conolly udowodnili, iż środki krępujące chorych są zbędne, stwarzając w psychologji sposoby leczenia obowiązujące nas obecnie, a to system niekrępowania, w którym wpływ moralny i wychowawczy zastąpił środki przymusowe.

Morel opiera swe badania na zdobyczach antropologji i badaniu szeregu pokoleń. Wprowadza pojęcie typu degenerata, który w pierwszem pokoleniu, zdradza nerwowość, skłonność do przekrwienia mózgu, pobudliwość, nieopanowanie. II pokolenie: nasilenie wspomnianych objawów, wylewy krwi do mózgu, padaczkę, histerję, hipochondrję. III pokolenie choroby psychiczne niebezpieczne dla otoczenia. IV pokolenie najcięższe objawy choroby *dementia praecox*, głuchotę, bezpłodność, idjotyzm. Skutkiem chorób psychicznych jest pogorszenie rasy.

Manian rozwinął naukę Morela, Mejnert opracował komórki nerwowe. Psychjatrja stanie na trwałych podstawach jedynie wtedy, kiedy zostanie zbadany narząd, w którym koncentruje się życie psychiczne. Usiłował on poznać plan budowy mózgu, lecz nie udało mu się przetłumaczyć na język anatomo-patologiczny zjawisk psychologicznych i psychopatologicznych. Nauka jego pozostała spekulacją. Następcą jego był Wernicke, który z Mejnertem usiłuje umiejscowić proces chorobowy psychiczny w mózgu.

Zespół objawów — obraz kliniczny zależy od tego, który z anatomofizjologicznych układów uległ zaburzeniu. Choroby psychiczne są chorobami mózgu. Zadanie rewizji istniejących zapatrywań spadło na Gudolena. Doskonały znawca budowy mózgu, krytyczny obserwator, pogłębił naukę psychjatrji jako dyscypliny klinicznej.

Kolbaum i Haeker usiłowali stworzyć kliniczne jednostki chorobowe przez wyodrębnienie katatonji i hebefrenji.

Kraepelin w znakomity sposób rozbudował naukę psychjatrji klinicznej, stwarzając klasyfikację psychjatryczną panującą szeroko i obecnie w psychjatrji, tworząc szereg jednostek chorobowych, wzorując się na medycynie somatycznej.

Do jednej jednostki chorobowej należą te wypadki schorzenia psychicznego, które mają tę samą etjologję, to samo podłoże anatomiczne, ten sam przebieg i zejście.

Badania Nissla w pewnym stopniu umożliwiły pracę Kraepelinowi. Nissl wierzył, iż choroby psychiczne są chorobami mózgu. Lecz nikt krytyczniej od niego nie patrzył na sprawę i nikt ostrożniej od niego nie przystępował do przerzucenia pomostu pomiędzy budową mózgu i kliniką; takim pomostem mogła być jedynie zdaniem jego, znajomość czynności mózgu.

Roche w 1912 r. stwarza pojęcie jednostki drugiego rzędu, uważa on, iż zespoły objawów chorobowych są utajone w stanie zdrowia, choroba je wyzwala. Roche rozbił jednostkę nozologiczną na szereg zespołów zadając w ten sposób pierwszy cios jednolitej koncepcji Kraepelina.

Bonhoffer rozwinął naukę o psychozach reakcyjnych. Bleuler rozszerzył naukę Kraepelina i do objektywno klinicznej psychjatrji wprowadził na nowo psychologiczny sposób myślenia, opierając się na naukach Freuda. Janet, a po nim Freud rozwijali naukę o automatyźmie i przeżyciach życia nieświadomego i podświadomego.

Jaspers usiłował, stojąc na gruncie nauki Russerla zastosować fenomenologiczny sposób badania do psychjatrji, przez szczegółowe i drobiazgowe badania usiłował ustalić związki przyczynowe, wytłumaczalne w przebiegu życia psychicznego.

Kretschmer zwrócił uwagę na związek pomiędzy budową ciała i charakteru oraz schorzeniami psychicznemi.

W Polsce samodzielne stanowisko zajął Mazurkiewicz, który przeciwstawia system mnestyczno-kojarzeniowy automatycznemu składnikowi psychiki. Przeżycia uczuciowe usiłuje Mazurkiewicz umiejscowić u podstawy mózgu.

Pieńkowski opisał szczegółowo stan psychiczny chorych pośpiączkowych.

Jeżeli chodzi o zagadnienia, jakie stoją wobec nauki psychjatrji oraz sposoby w jaki mają być rozstrzygane, to można je sformułować w następujący sposób: Psychjatrja jest i musi pozostać dyscypliną kliniczną, brak jej podstaw psychologicznych, gdyż nauki psychologji ogólnej powszechnie uznanej jeszcze niema. Psychjatrja dążyć będzie do zbadania cech indywidualnych, konstytucji charakteru osobników i sposobów reagowania ich na bodźce fizjologiczne wewnętrzne i zewnętrzne.

W dyskusji zabierali głos: kol. Frenkiel i kol. Klozenberg.

Protokół posiedzenia z dnia 17 czerwca 1931 r.

1. Kol. Bibergal wygłosił referat p. t.: *„Zarys patogenezy i terapji kiły wczesnej"* (ukaże się w druku).

W dyskusji — kol. Sonnenberg: Ze spraw, poruszonych przez kol. Bibergala, zagadnienie odporności przy kile jest najbardziej interesujące, chociażby już dlatego, że dużo jest w tej dziedzinie rzeczy jeszcze niewyjaśnionych. Niezrozumiałe jest, naprzykład, dlaczego w kile trzeciorzędnej, kiedy alergja jest bardzo duża, odporność jest mała. Dlaczego u zwierząt doświadczalnych, zarażonych kiłą, odporność trwa jeszcze długo po wyleczeniu zwierząt?... i t. d. i t. d.

Mówiąc o przeistoczeniach, które przebyły związki arsenowe, zanim powstał tak bardzo skomplikowany, a doskonały związek, jak salwarsan, kol. B. wyraził przypuszczenie, że uda się prawdopodobnie skonstruować równie skomplikowany związek bizmutu i w ten sposób można będzie udoskonalić preparaty bizmutowe. Zdaniem kol. Sonnenberga nie należy z tej strony zbyt wiele oczekiwać, a to dlatego, że działanie preparatów bizmutowych, bez względu na ich budowę chemiczną, w ostatecznym rezultacie zawsze sprowadzać się będzie tylko do działania, powstających w organizmie związków proteinowych bizmutu, a efekt leczniczy pozostawać będzie w zależności od potencjału metalicznego bizmutu w tkankach i narządach. Jeżeli sole nierozpuszczalne bizmutu działają lepiej od rozpuszczalnych, to dlatego, że wskutek dłuższej resorbcji powstają lepsze warunki magazynowania metalu, co znów wpływa na wzmiankowane napięcie potencjalne. Że efekt leczniczy preparatów bizmutowych nie zależy od ich struktury chemicznej dowodzi już chociażby działanie *Magisterii bismuthi,* leku tak mało złożonego, a tak energicznie działającego. (Streszczenie własne).

Kol. Sterling. Jakie dowody daje Bloch, że idjosynkrazja jest wrodzoną alergją? Kwestja indywidualizacji w stosowaniu leczenia winna mieć dokładniejsze określenie.

Kol. Helman. Komplikacje błędnikowe we wczesnych okresach kiły zdarzają się często i są przedmiotem licznych dociekań zarówno otologów, jak i syfilidologów.

Kol. Kocen ma wątpliwości, czy we wczesnych obrazach kiły, ujemny wynik badania na krętki wydzieliny z owrzodzenia pierwotnego może wykluczyć obecność zakażenia kiłowego.

Kol. Gliksman podkreśla dobre wyniki leczenia bizmutem (klinika Fournier'a). Potwierdza, że należy stosować duże dawki salwarsanu, małe dawki mogą działać szkodliwie. Siarka sprzyja działaniu leków swoistych.

Kol. Frenkiel. Trudną sprwą do rozstrzygnięcia jest, kiedy należy uważać leczenie swoiste za ukończone.

Kol. Kryszek. Przy kile wczesnej i zaatakowaniu systemu naczyniowego duże dawki salwarsanu są przeciwwskazane.

Kol. Bibergal. Stosowane przy kile leki nie działają bezpośrednio na zarazki, lecz pobudzają tylko siły ochronne organizmu. Nieznalezienie krętków w owrzodzeniu przy Wassermannie dodatnim nie uważa jeszcze za pewne rozpoznanie kiły czynnej. Sprawa, kiedy ależy uważać leczenie swoiste za ukończone jest trudną do rozstrzygnięcia i obecnie jeszcze niejasną.

Protokół posiedzenia z dnia 24 czerwca 1931 r.

I. *Pokazy chorych.* Kol. Garliński przedstawia a) przypadek wrodzonej obustronnej *ophtalmoplegia,* ojciec ma to samo cierpienie. Porażone są pewne włókna mięśniowe. Dno oka prawidłowe. Wzrok doory.

b) Przypadek owrzodzenia ospowego na rogówce, które spowodowało ślepotę. Zarazek przeniesiony z ranki szczepienia ochronnego.

Kol. Mogilnicki w związku z drugim pokazem przytacza przypadek zarażenia się dziecka od starszego brata, któremu zaszczepiono ospę ochronną, dziecko to zmarło na ospę.

II. Kol. H. Frenklowa i A. Margolisowa wygłosiły referat: *„Wysięki ropne opłucnej u dzieci. Pyopneumothorax i ropnie płuc u dzieci na podstawie materjału Szpitala Anny Marji z ostatnich 20 lat"* (ukazało się w Warsz. Czas. Lek. Nr. 33. 1931).

Dyskusja. Kol. Tenenbaum zapytuje, czy obserwowano ropnie opłucno-płucne. Uderza go ilość przypadków ropni opłucnej w roku 1930. U dorosłych przypadki te są znacznie rzadsze. Przetoka opłucno-płucna pogarsza rokowanie.

Kol. Kantor zapytuje, czy przy częstych nakłuciach nie obserwowano ropowicy ścianek klatki piersiowej.

Kol. Mogilnicki podkreśla dużą pracę prelegentek w zebraniu tak obfitego materjału. Statystyka przedwojenna różni się nieco od obecnej wskutek nie przyjmowania przed wojną osesków do szpitala. Najważniejszym wnioskiem jest stosowanie jak najdłużej, szczególniej w początkach, metody zachowawczej.

Kol. Knichowiecki. Do leczenia metodą zachowawczą należy mieć dużo cierpliwości. Nakłucia należy robić często, co kilka dni.

Kol. Kryszek zapytuje, czy prelegentki nie obserwowały przy długotrwałych ropniach komplikacyj w innych narządach. *Pneumothorax* daje wstrząsy ogólne.

Kol. Nunberg. Rodzaj zarazków ma mniejszy wpływ na przebieg choroby, niż inne czynniki. Zabiegu chirurgicznego nie należy stosować zbyt wcześnie.

Kol. Frenklowa. Ropni płucno-opłucny nie obserwowano. U dzieci specjalnie często występują ropniaki opłucnej. Wystąpienie jamy ropnej *(vomique)* daje dobre rokowanie. Nacieki klatki piersiowej po nakłuciach przyspieszają operację, czasami udaje się przeczekać i w dalszym ciągu stosować nakłucia.

Kol. Margolisowa. Zdania autorów są podzielone co do szkodliwości wprowadzenia powietrza do jamy opłucnej podczas nakłucia, przeważnie uważają to za szkodliwe.

III. Kol. Keilson — pokazuje zdjęcia rentgenowskie hepatolienografii według metody Ratta.

Sekretarz: *B. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia klinicznego w Szpitalu w Kochanówce w dn. 13. września 1931 r.

1. Kol. W. Kokorzecki przedstawił i omówił cztery przypadki *halucynacyj wzrokowych i słuchowych*, powstałych przy różnych schorzeniach.

1) Przypadek *parkinsonizmu* z napadami halucynacyj wzrokowych i słuchowych; napady powstają raz na tydzień, trwają od 30 do 40 minut, zawsze tej samej treści przerażającej.

2) Przypadek *dementia paranoica* z halucynacjami wzrokowemi i słuchowemi; chory wierzy w treść halucynacji; chory ma konflikt z Bogiem, z którym dawniej zawsze był w zgodzie.

3) Przypadek *paranoia alcoholica;* halucynacje wzrokowe i słuchowe.

4) Przypadek *porażenia postępującego,* halucynacje wzrokowe i słuchowe o różnym charakterze i różnem napięciu.

2. Kol. K. Golonka wygłosił odczyt pod tyt.: *„Nerwice i ich leczenie"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. A. Falkowski, Siwiński i referent.

3. Kol. A. Falkowski przedstawił dwa *preparaty:*

1) rogówkę świnki morskiej barwioną przyżyciowo;

2) tęczówkę świnki morskiej barwioną przyżyciowo.

Protokół posiedzenia z dnia 30 września 1931 r.

1. Kol. Tomaszewski przedstawił przypadek *zwężenia przełyku* po oparzeniu ługiem, operowany metodą Birchera (plastyczne wytworzenie tunelu do żołądka). Chory odżywia się obecnie drogą normalną.

Metoda jest bardzo mozolna, chory był 8 razy na stole operacyjnym.

2. Kol. A. Margolis: wygłosił referat pod tyt.: *„II-gi Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa"*. Referent zdaje sprawozdanie z II-go Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa, który odbył się w dniach 8—14 czerwca roku bież. w Wiedniu.

Szpitalnictwo zmieniło w ciągu ostatnich dziesięcioleci swój charakter. Z instytucji dobroczynnej szpital staje się ogniwem w gospodarce społecznej zdrowia, tem samem zagadnienia szpitalnictwa stają się zagadnieniami społeczno-ekonomicznemi. Szpitale same powiększyły się, normalny szpital liczy obecnie od 300—600 łóżek. Jednocześnie leczenie szpitalne znacznie spopularyzowało się, co powoduje większe obłożenie łóżek szpitalnych. Z tego wynika konieczność racjonalizacji gospodarki szpitalnej, która polega na najlepszem wykorzystaniu istniejących łóżek przez możliwie większą ilość chorych w celu szybszego przywrócenia zdolności do pracy z możliwie najmniejszym lecz celowym wydatkiem. Racjonalizacja ogarnia wszystkie niemal dziedziny życia szpitalnego, którym też były na Zjeździe poświęcone specjalne referaty. Referent streszcza referaty o kosztach budowy szpitali, o ilości personelu pielęgniarskiego, o odżywianiu chorych i o psychjatrji w powszechnym szpitalu. W końcu mówi o łączności szpitala z pozaszpitalną organizacją lecznictwa, profilaktyki i opieki społecznej.

3. Kol. T. Mogilnicki wygłasza referat pod tyt.: *„Opieka nad dzieckiem w Wiedniu"*. Racjonalna opieka nad dzieckiem w Wiedniu została zorganizowana w czasach powojennych. Twórcą tego wielkiego dzieła jest prof. Juljusz Tandler. Opieka nad dzieckiem nie mogłaby być słusznie przeprowadzona, gdyby w dalszym ciągu proletarjat wiedeński miał złe i duszne mieszkania. Zaczęto reformy od podstaw i zbudowano 48.000 mieszkań 2—3 pokojowych z wygodami, ogródkami i placami do zabaw. Opieka nad dzieckiem zaczyna się przed jego urodzeniem. Stworzono poradnie dla ciężarnych, gdzie matki przed samem urodzeniem otrzymują bezpłatnie wyprawki dla niemowląt. Opieka nad niemowlęciem jest zakładowa i pozazakładowa. Do pierwszego celu służą specjalne domy dla sierot i stałe żłobki, do drugiego — poradnie dla matek, których w Wiedniu jest 35. Do tych poradni uczeszczają prawie wszystkie uboższe matki Wiednia, dlatego też śmiertelność niemowląt spadła z 18,3 w czasach przedwojennych do 8,7% w 1929 roku. W celu racjonalnej opieki nad dzieckiem przedszkolnem utworzono ogródki dziecięce w ilości 107 w Wiedniu, gdzie dzieci przebywają od 6 rano do 7 wieczorem pod opieką wykształconych wychowawczyń. Nauczanie powszechne stoi na wysokim poziomie i jest bezpłatne. Dzieci otrzymują od gminy Wiednia książki i przybory szkolne. Dla dzieci gruźliczych są specjalne sanatorja — szkoły. Wszystkie dzieci muszą obowiązkowo leczyć swoje zęby w 15 klinikach dentystycznych. Nauka pływania jest obowiązkowa i odbywa się w kilkunastu wielkich basenach. W 1929 r. uczyło się pływać 80.000 dzieci. Dożywianie dzieci odbywa się w 67 jadalniach dla dzieci. Stokilkadziesiąt tysięcy dzieci rocznie jest wysyłanych na kolonje letnie. W 1925 roku wybudowała gmina Wiednia specjalne pomieszczenie dla dzieci bezdomnych, które przechodzą tam kilkutygodniowy okres obserwacyjny i są skierowywane do innych instytucyj. Dla dzieci wyjątkowo trudnych do prowadzenia lub przestępczych został zakupiony pałac ks. Ludwika Salvatora, stanowiący idealny instytut wychowawczy. Na opiekę społeczną Wiedeń wydał w r. 1930 — 119 miljonów szylingów, czyli 150 miljonów złotych, podczas gdy opieka społeczna i Wydział Zdrowotności w Łodzi na ten sam cel przeznaczyły 11 miljonów złotych.

Protokół posiedzenia z dnia 7. października 1931 roku.

1. Kol. Ściesiński przedstawia okazy anatomopatologiczne i preparaty histologiczne:

1) przypadek *pierwotnego raka wątroby* (Zakład anatomo-patologiczny Szpitala Kasy Chorych im. Prez. Mościckiego w Łodzi, sekcja L. 58 —1931), dotyczący mężczyzny, lat 64. Kol. Ś. zalicza swój przypadek do typu raka wątrobnokomórkowego *(carcinoma hepatocellulare)*, powstałego na tle marskości zanikowej wątroby.

2) przypadek *pierwotnego raka trzustki*, usadowionego na pograniczu głowy i trzonu trzustki (kobieta lat 64, sekcja L. 76 — 1930 jak wyżej), ze zwężeniem przewodu trzustkowego, zanikiem i zwłóknieniem trzonu i ogona trzustki, przerzutami w gruczołach

chłonnych okolicznych i przechodzeniem na ścianę żołądka i przewodu żółciowego głównego (zwężenie, żółtaczka). Mikroskopowo: rak gruczołowy włóknisty.

3) przypadek *mięsaka limfatycznego* części odźwiernikowej żołądka — u panny, lat 17 (preparat operacyjny przesłany ze Szpitala Św. Jana w Łodzi do pracowni prywatnej L. 217 — 1931).

4) przypadek *wady rozwojowej serca* u dziecka dwumiesięcznego płci żeńskiej (Prosektura Szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi, sekcja L. 81 — 1930. *Truncus arteriosus persistens. Defectus septi membranacei. Hypertrophia ventriculi cordis dextri. Foramen ovale apertum. Agenesis ductus arteriosi. (Mesenterium commune. Catarrhus duodeni. Stenosis ductus choledochi. Icterus).* Krew dopływała do płuc w tym przypadku wyłącznie przez dwie małe gałązki tętnicze, wychodzące poniżej tętnicy podobojczykowej lewej z łuku aorty jako jeden pień, dzielący się na prawą i lewą gałązkę płucną.

5) przypadek wady rozwojowej serca u dziecka 7-mies., płci m. (Prosektura jak nr. 4, sekcja L. 76 — 1931) z rozpoznaniem anatomicznem: *Cor triloculare biatriatum, ostium atrioventriculare commune, transpositio aortae et arteriae pulmonalis, foramen ovale apertum, ductus arteriosus Botalli apertus.*

Kol. Ś. zastrzega sobie ostatecznie rozpoznanie obu przypadków wad rozwojowych serca po zbadaniu mikroskopowem obu serc szczególnie co do zachowania się układu przedsionkowokomorowego. W każdym z powyższych przypadków omówił kol. Ś. anatomję patologiczną i oświetlił swe wywody licznemi preparatami histologicznemi.

Protokół posiedzenia z dnia 21. października 1931 roku.

1. Kol. Schweig przedstawił chorą lat 24, która mając 2 lata, *skaleczyła sobie oko prawe szkłem.* Od tego czasu nie miała żadnych dolegliwości; dopiero przed paru tygodniami poczuła ból w oku prawem. Przy badaniu stwierdzono pod gałką oczną obce ciało, które okazało się po wydobyciu odłamkiem szkła wielkości 25 mm, a szerokości 15 mm. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na to, że ciało obce tkwiło bez sprawiania dolegliwości przez 22 lata; dotychczas opisano podobny przypadek, w którym ciało obce tkwiło 20 lat.

2. Kol. Gawroński wygłosił referat pod tytułem: *„Przyczynek do badań nad obecną endokrynologją ginekologiczną".*

W dyskusji nad referatem kol. Banasz zapytuje, czem należy tłumaczyć sobie, że w ostatnich tygodniach ciąży — rysy twarzy ciężarnych przypominają akromegalję.

Kol. Reicher przypomina, że *talium aceticum* znajduje zastosowanie w dermatologji; jest ono poniekąd konkurentem promieni Roentgena przy epilacji; w Rosji stosuje się go często; ma ono pewne wybiórcze działanie na jajniki i nadnercze; wstrzymuje zjawianie się miesiączki. U dzieci powyżej 10 lat wywołuje szereg niepożądanych objawów; obecnie stosuje się tylko u dzieci do 6 lat.

Kol. Frenkiel zwraca uwagę na to, że miesiączka może się zatrzymywać pod wpływem silnego afektu psychicznego. Ośrodek przedniego płatu znajduje się pod wpływem jeszcze wyższego ośrodka. Jest kwestją sporną, czy należy podawać preparaty, które obecnie znajdują zastosowanie, gdyż nie zawsze wiemy, jakie otrzymamy działanie i zamiast korzyści możemy często zaszkodzić.

Kol. Gliksman zapytuje, jak przedstawia się sprawa koncepcji w świetle nowszych badań.

Kol. Bornstein jest zdania, że badanie przemiany podstawowej mogłoby dać odpowiedź w sprawie stosowania tych czy innych preparatów.

Kol. Gawroński w odpowiedzi — nie może wyjaśnić dlaczego kobiety ciężarne mają wygląd akromegaliczny. *Talium aceticum* nie niszczy jajników, hamuje tylko produkcję folikuliny; wywołuje czasową sterylizację. Podawanie prolanu i folikuliny jest narazie niebezpieczne, może wywołać okropne skutki, jak sterylizację, krwotoki i t. d. W przyszłości być może będziemy wiedzieli, co z preparatów i jak należy podawać. Co do czasu koncepcji, to najczęściej zachodzi zapłodnienie wtedy, gdy *coitus* następuje 4—5 dni po miesiączce.

Protokół wieczoru seminaryjnego z dnia 28. października 1931 r.

1. Kol. Siwiński wygłosił referat pod tyt.: *„Walka z alkoholizmem"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Klinger zwraca uwagę na brak w referacie wzmianki o wpływie alkoholu na potencję, na rozrodczość i na niebezpieczeństwo zarażenia się chorobami wenerycznemi; 90% zarażeń chorobami wenerycznemi następuje w stanie nietrzeźwym.

Kol. Reicher podkreśla również rolę alkoholu w sprawie powstawania chorób wenerycznych. Alkohol wywołuje stan euforji oraz brak krytycyzmu, co ułatwia zarażenie się. Walka z chorobami wenerycznemi wymaga przedewszystkiem walki z alkoholizmem.

Kol. M. Wajnberg zapytuje, jakie metody lecznicze stosuje się w Łódzkiej Przychodni Przeciwalkoholowej.

W odpowiedzi Kol. Siwiński wyjaśnia, że nie poruszył szeregu kwestyj, gdyż niemożliwem jest w jednym referacie ująć całokształtu zagadnienia. W Przychodni łódzkiej stosuje się psychoterapję oraz propagandę w najszerszym zakresie, jak pouczenia, rozdaje się ulotki i t. d. Wyniki narazie są nikłe; Przychodnia istnieje bowiem od niedawna. Dotychczas Przychodnia odbyła szereg konferencyj z Lekarzem Naczelnym Szkolnictwa Łódzkiego, z dyrektorami szkół, z inspektorem sanitarnym m. Łodzi, prezydentem m. Łodzi i t. d. Istnieje projekt stworzenia domów rozrywkowych dla ludności oraz projekt utworzenia lecznicy dla alkoholików.

2. Kol. Frenkiel wygłosił referat pod tyt.: *„Stacja opieki nad umysłowo chorymi m. Łodzi"* (ukaże się w druku).

W dyskusji nad referatem zabierali głos koledzy: Ładyński, Goldenberg, Siwiński i referent.

Sekretarz: *Dr. A. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 4 listopada 1931.

1. Kol. Hurwicz zademonstrował 5 białych myszek sekcjonowanych *po zastrzyknięciu im moczu kobiety ciężarnej;* w jajnikach myszek stwierdzono krwawe punkciki (biologiczna próba stwierdzenia ciąży p. Aschheim-Zondecka).

2. Kol. Wołożyńska wygłosiła referat pod tytułem: *„Wpływ wyłuszczenia migdałków podniebiennych na przebieg schorzeń sercowo-reumatycznych"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Frenkiel obserwował 3 przypadki pląsawicy, w których wyłuszczono migdałki. Na stan ogólny wpływ był dodatni, na samą pląsawicę wyraźnego wpływu nie widział.

Kol. Klozenberg obserwował kilka przypadków pląsawicy, przy której wyłuszczono migdałki, w jednym przypadku była szybka poprawa i wyleczenie, dotychczas nawrotu nie było. Przy gośćcu również obserwował wielokrotnie dobry wpływ wyłuszczenia migdałków.

Kol. Imich. Najlepsze wyniki wyłuszczenia migdałków obserwować można przy ostrym gośćcu u dzieci. Obserwowane przejściowe zaostrzenie gośćca objaśnić można zmiażdżeniem tkanek przy operacji i wciśnięciem mas rozpadowych do dróg limfatycznych.

Kol. Helman. Wskazania do wyłuszczenia migdałków stawiać należy oględnie, wyciśnięcie kilku czopów z migdałka nie upoważnia jeszcze do operacji. Szczegółowe wywiady oraz badanie bakteriologiczne pomagają prawidłowemu postawieniu wskazań.

Kol. Herszfinkiel. Zdania pedjatrów na wyniki po wyłuszczeniu migdałków są podzielone, najlepsze wyniki obserwowano przy *glomerulo-nephritis,* niektóre kliniki ograniczają wyłuszczenie tylko do tych przypadków.

Kol. Praszkier przeprowadził analogję między wyłuszczeniem migdałków i wycinaniem wyrostka robaczkowego, jego zdaniem więcej uwzględniać należy względy profilaktyczne, niż lecznicze. Badanie krwi na tryptofan może dopomóc w rozpoznaniu.

Kol. Wołożyńska odpowiedziała na poruszone w dyskusji zagadnienia.

Kol. Szyfman. Próby serologiczne (aglutynacja i określenie indeksu opsonin) mogą sprzyjać stwierdzeniu chorobotwórczego wpływu migdałków.

Kol. Sterling. W Ameryce po wyłuszczeniu migdałków u dzieci obserwowano częstsze zapalenia płuc.

3. Kol. Szyfman wygłosił referat pod tytułem: *„Uwagi w sprawie rozpoznawania stanów śpiączkowych w cukrzycy".*

W dyskusji: Kol. Praszkier. W przypadkach śpiączki najczęściej mogą być wątpliwości, czy jest *coma diabeticum,* czy *uraemicum,* inne rodzaje śpiączki są bardzo rzadkie i praktycznie mogą nie wchodzić w rachubę.

Kol. Polakow. Przy hipoglikemji u dzieci obserwował stany zamroczenia z podnieceniem. Drobne zakażenia mogą sprowokować stan hipoglikemji.

Kol. Bender przytoczył obserwowany przypadek *coma cerebrale*, pozornie wyglądający na *coma diabeticum*.

Kol. Kocen zapytuje o objawy przy *coma hypoglykogenicum*.

Kol. Wajs — nietylko chirurdzy, lecz początkowo i specjaliści przemiany materji podawali zbyt duże dawki insuliny nie obawiając się hipoglikemji.

Kol. Gliksman podkreślił sprawę zapasu zasad (rezerwy alkalicznej) przy rozpoznawaniu kwasicy cukrowej. Znaczny spadek tego zapasu jest patognomonicznym objawem dla kwasicy.

Kol. Dawidowicz wspomniał przypadki guzów trzustki z objawami hipoglikemji.

Kol. Szyfman odpowiedział na kwestje podniesione w dyskusji.

Protokół posiedzenia w dniu 18 listopada 1931.

Pokazy chorych.

1. Kol. Schweig przedstawił 60-letnią pacjentkę *z nowotworem złośliwym gałki ocznej*. Wskazaną jest enukleacja.

2. Kol. Mazur przedstawił *przypadek posocznicy poanginowej z przerzutami*. Badanie bakterjologiczne wykazało krętki i wrzecionowce *(bact. fusiforme)*, ze krwi wyhodowano paciorkowca hemolitycznego. W Wiedniu wykonano operację, podwiązano i resekowano częściowo żyłę szyjną i otwarto głęboki ropień szyjny który komunikował się z migdałkiem.

3. Kol. Kryński. Przypadek *Xeroderma pigmentosum*. Rodzice dziecka, — bliscy krewni, — inne dzieci — zdrowe. Zmiany skóry podobne do zmian po uszkodzeniu promieniami Roentgena.

4. Kol. Urbach wspólnie z Kol. Kocenem i Itelsonem: Przypadek *anaemia perniciosa; myelosis*.

5. Kol. Mittelstaedt wygłosił przemówienie ku czci ś. p. d-ra Henryka Trenknera.

6. Kol. Kocen i Itelson wygłosili referat pod tyt.: *„Zagadnienia retikulocytów w klinice"* z pokazem przeźroczy i preparatów mikroskopowych (patrz P. Gaz. Lek. Nr. 8. 1932).

Protokół posiedzenia w dniu 25 listopada 1931.

1. Kol. Krausz przedstawił 2 przypadki *postrzałów oka*.

Przyp. 1. Szrut przebił twardówkę oka, podniósł siatkówkę i oparł się na pniu nerwowym. Szrut dało się usunąć drogą operacyjną, pozostała częściowa, przypuszczalnie przemijająca *scotoma*.

Przyp. 2. Postrzał z rewolweru, kula zatrzymała się na moście Varola, oko trzeba było usunąć. Na drugiem oku powstało *keratitis neuroparalytica*.

2. Kol. Kryszek przedstawił przypadek *zwężenia zastawki dwudzielnej, trwający od kilkunastu lat, z wysokiem ciśnieniem* (240).

3. Kol. Kryszek wygłosił referat: *„Mechanizm autoregulacyjny narządu krążenia"* (ukaże się w druku).

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a w dniu 2 grudnia 1931.

Pokazy.

1. Kol. S o n n e n b e r g: Przyp 1) *Erythrodermia postbismutica,* osutka po kuracji wyłącznie bizmutowej. Złogi bizmutu w miejscach zastrzyknięć stwierdzono zdjęciem rentgenowskiem. Upośledzona wydolność nerek w wydzielaniu bizmutu.

Przyp. 2) Toczeń *(lupus vulgaris)* podbródka, leczony nadmanganianem potasu w postaci maści.

2. Kol. C h r z a n o w s k i — przypadek *pseudocirrhosis Picka z objawem Wenckebacha.*

3. Kol. C h r z a n o w s k i wygłosił referat: *„Przypadek choroby Stila"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. G l i k s m a n. Przytoczony obraz krwi przypomina zmiany przy gruźlicy, jest niezbyt charakterystyczny dla choroby Stila. Obserwował jeden przypadek choroby Stila, w którym objawy występowały cyklicznie. Wyłuszczenie migdałków w tym przypadku pozostało bez wyników.

Kol. B a n a s z zapytał, czy badanie krwi było robione w czasie skoków temperatury.

Kol. C h r z a n o w s k i odpowiedział, że wybitne zmiany we krwi występują dopiero w późniejszych okresach choroby. Badania krwi czynione były w okresach remisji, 1 raz w okresie gorączkowym.

4. Kol. K o k o t e k: *„Badania nad ketonurją"* (ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. K o c e n wspomniał o modyfikacji próby Gerhardta, opracowanej przez Klinikę Warszawską (d-ra Grotta).

Kol. S z y f m a n. Sprawa poruszona przez prelegenta nie jest jeszcze zakończoną i może w przyszłości ulec zmianie, tem niemniej pod względem praktycznym jest ona ważną. Odczyn Gerhardta winien być częściej wykonywany, daje bowiem pewniejsze wyniki.

Kol. G l i k s m a n wyraził wątpliwość, czy ilość stwierdzonych w moczu ciał ketonowych jest wskaźnikiem stopnia nasilenia kwasicy cukrowej, dużo z nich bowiem pozostaje we krwi.

Kol. K o k o t e k odpowiedział na poruszone w dyskusji sprawy.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 16. grudnia 1931 r.

Pokazy chorych. I. Kol. K r a u s z. Przypadek heteroplastyki, przeszczepienia rogówki królika pacjentowi ślepemu wskutek przebytego śluzoropotoku *(blenorrhea).* Rogówka przejaśnia się, dalsze wyniki będą obserwowane.

II. Kol. I m i c h. Przypadek operowanego ropnia mózgu (płatu skroniowego), powstałego na tle przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego z perlakiem. Po opróżnieniu ropnia ciepłota spadła, stan chorego zwolna się poprawiał, obecnie jest zupełnie zdrowy.

W dyskusji kol. F r e n k i e l przytoczył przypadek obserwowany w szpitalu Anny Marji i operowany przez kol. Czaplickiego, ropnia płatu skroniowego mózgu u dziecka z dobrym wynikiem, pozostały połowiczne porażenia rokujące poprawę.

Kol. C z a p l i c k i zapytał, czy w przypadku kol. Imicha nie było zmian zapalnych na oponie twardej w miejscu otwarcia ropnia.

III. Kol. B e n d e r wygłosił referat p. t. *„Przypadek t. zw. szmeru Pawińskiego-Graham-Steela"* z demonstracją przypadku (praca ukaże się w druku).

W dyskusji. Kol. W e i n b e r g: Przypadek demonstrowany przez prelegenta należy wprawdzie do rzadkich, jednakże, dzięki dokładnym badaniom coraz częściej bywa rozpoznawany. W pierwszym rzędzie można byłoby tę wadę różniczkować z niedomykalnością zastawek aorty, lecz brak powiększenia lewej komory i zmian na obwodzie pozwala nam rozpoznawać względną niedomykalność zastawek tętnicy płucnej, nabytą, nie wrodzoną, gdyż tę ostatnią spotykamy niezmiernie rzadko. Przy niedomykalności zastawek tętnicy płucnej przy obmacywaniu stwierdzamy tętnienie w okolicy tętnicy płucnej, czego tutaj nie mamy. Prelegent powoływał się na Szerfa z Wiednia, ale już znacznie wcześniej wspominał o tem Szczęsny Bronowski. Co się tyczy Roentgena, to demonstrowane zdjęcie właściwie jest ujemne, gdyż nie mamy uwypuklenia łuku tętnicy płucnej; aczkolwiek prelegent powoływał się na Assmana, który nie zawsze znajdywał to uwypuklenie, to muszę o tyle twierdzenie prelegenta sprostować, że Assman sam podaje, że naogół winno być uwypuklenie, a tylko w lekkich postaciach tej wady może czasami nie być; że uwypuklenie łuku tętnicy płucnej i wogóle zmiany rentgenologiczne są niezmiernie ważne, świadczy zdanie Vaqueza, który w swoich przypadkach znajdywał serce w postaci buta *„coeur en sabot"*. Krzywa elektrokardjograficzna w danym przypadku sprawy wcale nie wyświetla, załamek „p" jest prawidłowy, zmiany w części komorowej mogą tylko świadczyć, że mięsień jest schorzały, natomiast nie ma to żadnej łączności z omawianą wadą. Wogóle wyciągać wnioski na podstawie jednego przypadku jest zbyt nieoględne.

Kol. C h r z a n o w s k i podkreślił niezgodność krzywych elektrokardjograficznych z objawami badań objektywnych.

Kol. B e n d e r odpowiedział na poruszone w dyskusji sprawy.

IV. Kol. M i n c wygłosił referat p. t. *„O teorji dusznicy bolesnej Wenckebacha"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. F r e n k i e l zapytał, czy przy dusznicy wysiłkowej w przypadku wspomnianego nauczyciela nie odgrywają roli wpływy psychogenne. Występujące bóle uważać należy jako sygnał, wskazujący, że wysiłek winien być przerwany.

Kol. G l i k s m a n zapytał, na czem polega różnica między teorją Wenckebacha i Etingera. Dlaczego w pewnych przypadkach występuje dychawica sercowa, w innych dusznica bolesna. Jaki jest pogląd prelegenta na operacje przy dusznicy bolesnej.

Kol. Kryszek (autoreferat) — 1) wytłumaczenie wszystkich zjawisk, zachodzących w „dusznicy bolesnej" jedną teorją jest już dlatego trudne, że pod tą wspólną nazwą zgrupowane są rozmaite schorzenia. Dla wyodrębnionej jednak postaci *„angina pectoris ambulatoria"* za teorją Wenckebacha przemawia wiele momentów. Przytoczone one zostały przed dwoma laty w towarzystwie lekarskiem przez kol. Kryszka, który odgraniczał je wówczas od „sklerozy koronarnej" z jednej i od zawału mięśnia sercowego — z drugiej strony.

2) Ważny jest przedewszystkiem, nieporuszony przez prelegenta, wiek, w którym *„angina pectoris ambulatoria"* występuje, wiek od 40—60 lat. Jest to wiek klimaksu męskiego i żeńskiego, w którym wrażliwość układu nerwowego sercowego jest największa. Gdyby przyjąć teorję sklerotyczną, do której skłania się prelegent, to niewytłumaczonem zostałoby, dlaczego w wieku późniejszym i starczym, gdy zmiany sklerotyczne są bardziej posunięte, *„angina pectoris ambulatoria"* spotykamy tak rzadko. Powoływanie się na, sprzeczne zresztą, wyniki sekcyjne, jest nieprzekonywujące, gdyż przypadki ambulatoryjnej postaci bardzo rzadko dostają się do szpitali, a więc i na stół sekcyjny.

3) Znaczenie ma również występowanie *„angina pectoris ambulatoria"* przeważnie u mężczyzn, i to u mężczyzn w sferze ludności bardziej kulturalnej, w przeciwstawieniu do rzadkiego występowania jej u proletarjatu fizycznego i u kobiet. Przemawia to za przeczulicą włókien czuciowych serca. Przypuszczenie prelegenta, że u ludzi pracy fizycznej i u kobiet (naskutek przebytych ciąż), zwiększona jest ilość anastomoz naczyń wieńcowych serca, nie jest potwierdzone przez anatomo-patologów. Spalteholz zaś dowiódł, że naczynia wieńcowe nie są wogóle naczyniami końcowemi.

4) Umiejscowienie bólu nie jest wprawdzie decydujące; górna część mostka, „okolica krawatowa" jest, mimo wszystko, miejscem predylekcyjnem dla *„angina ambulatoria"*.

5) W napadzie bólowym występuje często podniesienie ciśnienia od 20—40 mm Hg, — spostrzeżenia własne. Zresztą, przyjmowany przez Wenckebacha, zastój tętniczy w jednym odcinku dużego pnia naczyniowego niekoniecznie musi iść w parze z uwidocznionem wzmożeniem ciśnienia skurczowego.

6) Powoływanie się przez prelegenta na elektrokardjogram jednego przypadku, w którym w jednem odprowadzeniu widać, między innemi — i odwrócenie uchyłku T, nie może być przekonywujące dla przyjęcia tezy wyczerpania mięśnia sercowego w *„angina pectoris ambulatoria"*. Przeciwko tej tezie natomiast przemawiają: a) długoletnie trwanie tego schorzenia; b) niewystępowanie jego w przypadkach z klasycznem wyczerpaniem mięśnia sercowego, w pierwszym więc rzędzie w przypadkach dekompensacji wad zastawkowych; c) znikanie objawów *„angina pectoris"* właśnie z momentem występowania objawów wyczerpania mięśnia sercowego.

7) — wreszcie — nie wspomniane przez prelegenta działania nitrogliceryny. Jej zbawienne działanie nie sprowadza się do rozszerzenia zmienionych naczyń wieńcowych, lecz do rozszerzenia

obwodu; przemawia zatem przeciw teorji wieńcowej, a za teorją aortalną.

Kol. Klozenberg spostrzegał przypadek dusznicy bolesnej w 20 roku życia, która wystąpiła w postaci ciężkiego napadu. Napady powtarzały się dość często. W 40 roku życia napad z nagłem zejściem śmiertelnem. Zapytuje, jak ten przypadek wytłumaczyć w świetle omawianych teoryj.

Kol. Bender wspomniał o doświadczeniach na zwierzętach zatykania naczyń wieńcowych, co wywoływało bóle dusznicowe.

Kol. Szyfman przytoczył przypadki występowania dusznicy bolesnej ze zmianami kardjograficznemi po zastrzyknięciu insuliny. Zjawiska te nie mogą być objaśnione przytoczonemi teorjami.

Kol. Liniecki przytoczył analogję pomiędzy chromaniem przestankowem i niektóremi rodzajami dusznicy bolesnej.

Kol. Minc odpowiedział na poruszone w dyskusji sprawy.

V. Kol. Ściesiński wygłosił: „kilka uwag o *wartości odczynu Aschheima - Zondeka* w związku z dwoma badanemi przypadkami.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 23-go grudnia 1931 r.

Pokazy chorych.

I. Kol. Kalisz: 1) przypadek *nepfrektomji* u 57 letniego pacjenta, badanie anatomo-patologiczne wykazało nowotwór złośliwy, wychodzący z miedniczki nerkowej. Stan chorego po operacji dobry, dalsze rokowania wątpliwe.

2 przypadek — 19-letni chłopiec przed kilku laty upadł okrakiem na beczkę; uszkodzenie cewki; miał założoną przetokę pęcherzową, zczasem wytworzyła się druga samoistna przetoka w kroczu, cewka w dolnym odcinku niedrożna, bliznowate zwężenie. Wykonano operację plastyczną z dobrym wynikiem.

3 przypadek — 22 letni mężczyzna w celu masturbacji założył sobie na prącie grubą rurę żelazną, nastąpił obrzęk i uwięźnięcie. Rurę z trudem udało się po przepiłowaniu usunąć.

4 przypadek — 20 letni pacjent, od kilku lat dolegliwości pęcherzowe. Zdjęcie rentgenowskie wykazało inkrustowaną igłę w pęcherzu, wprowadzoną przed kilku laty przy masturbacji. Igłę usunięto *per sectionem altam.*

W dyskusji kol. Sciesiński podkreślił rzadkość raków pierwotnych, wychodzących z miedniczki nerkowej.

I. Kol. Itelson (autoreferat) 1) przypadek *endocarditis lenta,* zasługujący na uwagę ze względu na wiek chorego i przebieg kliniczny. Chory lat 12, latem bieżącego roku leżał przez 2 tygodnie w łóżku z powodu bólów w stawach i stanu gorączkowego. Później czuł się zupełnie dobrze. Przed miesiącem wystąpiło osłabienie ogólne, brak łaknienia, ostatnio zaś męczenie się przy chodzeniu. Wobec powyższego chory skierowany został do szpitala im. Prez. Mościckiego, gdzie obserwacja 4-tygodniowa wykazała co następuje: ciepłota ciała mierzona pod pachą naogół normalna, czasem dochodzi do 37°. Tętno stale przekracza 110 uderzeń na minutę.

Płuca bez zmian. Serce mitralne, silny szmer skurczowy nad wszystkiemi ujściami dobrze słyszalny. Ekg. bez zmian. Skóra bez zmian. Brak skłonności do zatorów. Kilkakrotne badanie moczu zmian patologicznych, zwłaszcza krwinek, nie wykazało. Wątroba i śledziona twarde, macalne 2 palce pod łukiem żebrowym. Obraz morfologiczny krwi nie wykazuje odchyleń od normy poza nieznacznym spadkiem hemoglobiny (75%). Pomimo braku skłonności do zatorów przy ujemnym objawie opaskowym zachodziło podejrzenie istnienia *endocarditis lenta*, co potwierdził wynik posiewu krwi: siódmego dnia na pożywkach wyrosły dwie kolonje paciorkowca zieleniejącego.

Nadmienić należy, iż ciepłota ciała przy mierzeniu w kiszce stolcowej wykazać może obecność stanu gorączkowego, wówczas gdy mierzenie pod pachą daje wynik normalny, na co zwrócił uwagę Leschke. U naszego chorego również ciepłota pod pachą wykazywała 36°, przy jednoczesnem zaś mierzeniu w kiszce stolcowej 37,8°. Dodać chciałbym, iż stosowanie insuliny w małych dawkach (8—10 jednostek dziennie) dało dobre wyniki u chorego, powodując przyrost na wadze 1 kg i przywracając dobre łaknienie.

2) przypadek *Stenosis pulmonalis* nabytej. Chora lat 20 od trzech tygodni odczuwa męczenie się przy pracy. Badanie ambulatoryjne w Kasie Chorych wykazało: szmer skurczowy w II przestworze międzyżebrowym lewym, brak II tonu nad tętnicą płucną, *frémissement* w I i II międzyżebrzu lewem, nasilające się przy przechyleniu chorej ku przodowi.

Brak sinicy. Powyższe zmiany nasuwały podejrzenie *stenosis pulmonalis*, co potwierdziła obserwacja szpitalna: zmiany wysłuchowe jak poprzednio. Ekg. — brak przewagi prawostronnej. Roentgen serca: znaczne uwypuklenie tętnicy płucnej, brak uwypuklenia lewego przedsionka, aorta bez zmian, koniuszek uniesiony nieco ku górze, mocne ruchy komory prawej. Wynik rentgenowskiego badania wskazuje na *stenosis pulmonalis* nabytą (brak rozszerzenia komory prawej) i to od niedawna. Badanie krwi również przemawia za świeżym procesem chorobowym: hemoglobiny 100%, krwinek 4.750.000, ilość krwi krążącej 5,3 litra. Jako wyraz nadczynności szpiku kostnego zwiększona ilość retikulocytów (10%). Chora nie przechodziła żadnej choroby infekcyjnej, zwłaszcza zakażenia gośćcowego. Wobec dodatniego odczynu Wassermanna i Meinickego (++++) przypuszczać należy, iż zakażenie kiłowe spowodowało zmiany doprowadzające do *stenosis pulmonalis*.

W dyskusji zabierali głos kol.: Klozenberg, Kryszek, Weinberg i Klinger.

W odpowiedzi kol. Itelson: Odczyn Biernackiego wynosił w przypadku pierwszym 46'. Wyhodowano niekiedy paciorkowca zieleniejącego w przypadkach innych, nie *endocarditis lenta*, mianowicie w schorzeniach reumatoidalnych, lecz po ustąpieniu objawów stawowych paciorkowce ze krwi znikały. W naszym przypadku zmian stawowych niema, są wybitne objawy ze strony serca.

Koledze Klingerowi. W omawianym przypadku *stenosis pulmonalis* przystąpiono do leczenia małemi dawkami neosalvarsanu (0,15) w glukozie, jak to radzi Schlesinger w podobnych stanach chorobowych.

III. Kol. Mazur wygłosił referat p. t. *„Przypadek posocznicy pochodzenia usznego u dziecka"* *(osteophlebitis)*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji — kol. Chrzanowski: Nie uważa, żeby w omawianym przypadku miała miejsce ropnica *(pyaemia)*, nie zostało to bowiem stwierdzone przez posiew z krwi.

Kol. Kalisz uważa również, że nie była to ropnica, tylko *mastoiditis* o dosyć burzliwym przebiegu, krytycznie się odnosi do nazwy *osteophlebitis*.

Kol. Weissbrum zaznaczył, że wielu poważnych autorów używa nazwy *osteophlebitis* przy podobnych stanach chorobowych.

Kol. Czaplicki wspomniał o operowanym przez siebie przypadku, przy którym w kości znaleziono rozszerzoną i zaczopowaną żyłę. Zatoka esowa była wolną, przebieg pooperacyjny pomyślny.

Kol. Frenkiel uważa zdanie Aleksandra, że nieznaczna pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym jest wskazaniem do operacji, za zbyt nieoględne, często bowiem przypadki takie poprawiają się bez operacji.

Kol. Mazur odpowiedział, że może być ropnica bez wyhodowania zarazków z krwi. Według Neumana, gdy po szeroko zrobionej peracentezie utrzymuje się wysoka temperatura, bóle się wzmagają, mamy do czynienia z ropnicą.

IV. Kol. Dawidowicz wygłosił odczyt p. t. *„O wartości klinicznej elektrokardjografji"*.

Sekretarz: *Dr. B. Czaplicki.*